

# **UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA**

## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**TESIS DE GRADO PARA ASPIRAR AL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**Prevención de las Adicciones  
Propuesta regional en el ámbito educativo**

ALUMNA: **MARÍA EUGENIA SANTIN**

DIRECTORA: **MGTER. LIC. ANDREA M. AGRELO**

**Mendoza, 2010**

## HOJA DE EVALUACIÓN

### ***TRIBUNAL***

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: **Mgter. Lic. Andrea M. Agrelo**

Nota:

## **AGRADECIMIENTOS**

## **RESUMEN**

Actualmente la prevención se constituye como uno de los ejes por excelencia de actividades innovadoras a través de lo que se conoce como “Educación para la Salud” (OMS; 2000).

La investigación que se llevará a cabo es de tipo cualitativa, descriptiva, no experimental y de diseño transversal. Se utilizará como uno de los instrumentos de recolección de datos, el cuestionario de Conductas de Riesgo en Niños (Miguez; 2006), compuesto por 37 preguntas acerca de pautas de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

La *unidad de análisis* responde a un total de 614 alumnos de 30 escuelas públicas de Lujan de Cuyo; las edades comprenden 11 a 14 años de edad. Es una muestra no probabilística.

El objetivo consiste en diseñar un Programa Preventivo en el marco de la promoción de la salud de los jóvenes del departamento de Luján de Cuyo; profundizar en las opiniones y pautas de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, y reconocer los referentes significativos (familiares, docentes, etc.) de los alumnos en relación al cuidado y acompañamiento frente a situaciones problemáticas y/o de toma de decisión, para generar estrategias de prevención y hábitos saludables en el ámbito escolar.

Algunos de los resultados obtenidos son: de los 614 cuestionarios se observa que el 55% de los alumnos han probado alguna vez bebidas alcohólicas y/o tabaco. El 83% refirió que alguna vez le ofrecieron drogas ilegales, y un 18% afirmó que en su grupo de amigos consumen algún tipo de sustancias. Casi el 80% de los alumnos consideran que la familia es un referente de sostén ante situaciones problemáticas.

La prevención escolar genera la posibilidad de potenciar conductas de auto cuidado en edades tempranas, favoreciendo el desarrollo personal. La escuela como comunidad es uno de los principales agentes de socialización, donde se continúan y refuerzan las acciones iniciadas en la familia, resultando ser un espacio idóneo donde poder detectar precozmente posibles factores de riesgo (Becoña I.; 2006).

## **ABSTRACT**

At present, prevention is one of the distinctive axes on innovative activities, through what is known as “Health education” (WHO; 2002).

This research is qualitative, descriptive, non-experimental, and its design is transversal. The data gathering instrument is the Co.Ri.N: Risky behavior in children questionnaire (Miguez; 2006), consisting of thirty-seven closed-type questions about tobacco, alcohol and other drugs consumption.

The analysis unit is composed by 614 students aged 11 to 14, from 30 public schools in the Lujan de Cuyo district; it is a non-probabilistic sample.

The objective of the following work consists in the design of an Integral Preventive Program on life-skills training within the framework of Health Promotion of young people in the district of Lujan de Cuyo; and also going in depth about opinions and consumption behavior related to alcohol, tobacco and other drugs, and to identify these students’ significant referents (within their family, school and community) with respect to their care and company when facing problematic and decision-taking situations, in order to generate prevention strategies and healthy habits in the school environment.

Some of results obtained are: 55% of the students have tasted alcoholic drinks and/or tobacco; drugs have been offered to 83% of the students; 18% affirm that some of their friends consume some type of substances. Almost 80% think that family is a significant referent facing problematic situations.

Prevention in schools opens up the possibility of increasing self-caring ways of behavior at an early age, favoring personal development. As a community, the school is one of the main socializing agents. Actions starting in families are continued and reinforced at school, making it a suitable space for the early detection of possible risk factors. (Becoña I.; 2006)

## **INDICE**

<b>Resumen</b>	05
<b>Abstract</b>	06
<b>Índice</b>	07
<b>Introducción</b>	09
<b>Marco Teórico</b>	13

### **Capítulo I: Drogodependencia**

1. Conceptos Básicos en drogodependencia	14
1.1 Drogodependencia	14
1.2 Uso, Abuso y Dependencia	14
1.3 Drogadicción	19
1.4 Intoxicación	19
1.5 Tolerancia	19
1.6 Abstinencia	20
1.7 Flashback	20
1.8 Efectos y Consecuencias	20
2. Formas de consumo	21
3. Vías de administración	22
4. Clasificación de las sustancias psicoactivas	22
5. Características clínicas de las sustancias psicoactivas	24
6. Multicausalidad de las adicciones	37
6.1 Factores de Riesgo y Factores Protectores	39

### **Capítulo II: La salud como construcción social**

1. Salud	41
1.1 Salud Mental	43
2. Psicología Comunitaria	45

### **Capítulo III: Educar en la Acción Preventiva**

1. Educación	47
1.1 Educación Social	47
1.2 Educación para la Salud	48

2. Prevención. Promoción de la Salud	49
2.1 Tipos de Prevención	52
3. Programas Preventivos	55
 <b>Capítulo IV: Adolescencia</b>	
1. Pubertad	60
2. Adolescencia	64
3. Prevención de Drogodependencia en la adolescencia	68
 <b>Objetivos</b>	72
<b>Marco Metodológico</b>	73
<b>Material y Método</b>	
1. Material	74
2. Método	74
3. Instrumento de recolección de datos	75
4. Unidad de análisis y procedimiento	76
 <b>Presentación y Discusión de los Resultados</b>	77
1. Proyecto preventivo educacional: Objetivos y Accione	79
2. Presentación de los Resultados	80
3. Diseño del programa preventivo.	92
3.1 Talleres con alumnos	94
3.2 Talleres con familiares y referentes	100
3.3 Talleres con docentes y directivos	102
3.4 Actos de finalización	105
 <b>Conclusiones</b>	107
<b>Referencias Bibliográficas</b>	114
<b>Anexos</b>	
Anexo I: Descripción Institucional	120
Anexo II: Cuestionario CORIN	125
Anexo III: Tabla de resultados del cuestionario	129



## **INTRODUCCIÓN**

### *a. Justificación y antecedentes*

El ámbito educativo es uno de los principales agentes de socialización, donde se continúan y refuerzan las acciones iniciadas en la familia, resultando ser un espacio idóneo donde poder detectar precozmente posibles factores de riesgo, incluyendo entre ellos el uso y abuso de sustancias psicoactivas. La implementación de Programas Preventivos en el ámbito escolar tiene la ventaja de llegar a la mayoría de jóvenes, así como a sus familias e, incluso, a la comunidad<sup>1</sup>.

Generar acciones preventivas a edades tempranas permite desarrollar conductas de auto cuidado que posibilitan la implementación de estrategias asertivas frente a la oferta del consumo de sustancias. La prevención temprana comprende un trabajo conjunto con las familias y un abanico de temáticas correspondientes al desarrollo de los preadolescentes; tales como autoestima, asunción de responsabilidades, toma de decisiones, resolución de problemas, asertividad, interacción grupal, entre otros.

Los programas de prevención escolar en adicciones deben incluir métodos interactivos que se adapten a la edad y material de trabajo para que padres o personas al cuidado de los/las preadolescentes refuercen los contenidos que van aprendiendo sobre las drogas y sus efectos, abriendo un canal comunicativo que genere oportunidades de discutir en el ámbito familiar sobre el uso y abuso de sustancias, y la implementación de factores protectores.

En la Argentina, en el ámbito escolar, se realizan acciones preventivas respecto al consumo de sustancias psicoactivas; entre ellas se encuentra el

---

<sup>1</sup> Becoña Iglesias, E. (2002). Introducción. En: *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. [versión digital]. (p.78). Madrid: Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

programa “Quiero ser”, programa implementado por SE.DRO.NAR. dirigido a alumnos de 5to, 6to, 7mo y 8vo años. Este programa tiene como objetivo facilitar el desarrollo personal y de habilidades sociales a través de la enseñanza y práctica. El propósito de este programa es apoyar el desarrollo integral de alumnos, promoviendo actitudes positivas, reflexivas y críticas frente a la vida, basadas en el respeto, valoración y aceptación de sí mismo y de los demás, asumiendo un rol activo respecto de su realidad. Como parte del material educativo, presenta un manual para el docente para trabajar con alumnos y padres.

En la provincia de la Pampa la Subsecretaria de Abordaje de las Adicciones implementó en el año 2007 un programa educativo preventivo (que se desarrolla hasta la actualidad) “Aprendiendo a crecer” que tiene por finalidad disminuir factores de riesgo frente a la problemática de las adicciones, apuntando al fortalecimiento de factores protectores del individuo, pensamiento crítico y manejo de emociones internas. Es un programa destinado a nivel inicial, EGB1, 2 y 3. Cuenta con cuadernillos para docentes y alumnos en los que se plantean las temáticas a partir de cuentos y talleres de reflexión. En la Pampa hasta la fecha hay 12.600 niños y niñas de 5 a 14 años, y 750 docentes capacitados en la problemática<sup>2</sup>.

En las escuelas del departamento de Lujan de Cuyo, Mendoza, se ha implementado en los quintos años de la EGB 2 el programa “Quiero Ser” de SE.DRO.NAR.; tomando en cuenta este antecedente, se observó la necesidad de implementar acciones preventivas en adicciones en los séptimos años, que permitan continuar la capacitación y ampliar la información ya otorgada a los alumnos.

En consecuencia, se considera que a través de la toma del cuestionario Co.Ri.N y el posterior análisis de los resultados del mismo; y la descripción de los talleres preventivos, se podrá obtener un panorama abarcativo de las

---

2 Estevan, A. & Baravalle, I. (2009, octubre). Programa educativo preventivo “aprendiendo a crecer” y “aprendiendo a recorrer caminos” desde nivel inicial hasta 6° año y desde 3° ciclo a 3° de polimodal. Disertación presentada en el VII Congreso de Prevención y Asistencia de la Drogodependencia Internacional. Córdoba, Argentina

características de la población seleccionada brindando la posibilidad de la implementación de futuros programas preventivos en el ámbito educacional.

#### *b. Formulación del Problema*

Dado que el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas constituye un problema prioritario en salud pública, que comprende niveles altos de morbilidad y mortalidad, y que la experimentación con algunas sustancias adictivas pueden producirse en la edad escolar, se considera de suma importancia el rol de la escuela en la prevención de las adicciones. Existen numerosos factores sociales que influyen en el consumo y limitan el impacto de las intervenciones educativas, por ello es importante implementar acciones preventivas que se propongan tener un alcance en el ámbito familiar y comunitario.

La información acerca de los efectos negativos del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas colaboran en el desarrollo del pensamiento crítico en los jóvenes, sin embargo es imprescindible que se trabajen e identifiquen los factores de riesgo frente a la presión grupal y social.

En la implementación de programas preventivos es importante considerar las características específicas que definen la comunidad con la cual se va a trabajar para que sea eficaz el desempeño de las acciones que se llevarán a cabo; respetando la identidad socio cultural y la percepción de la problemática de los beneficiarios. Aquellos programas que muestran un impacto positivo son los que abordan la influencia social al consumo y utilizan una metodología de trabajo que fomente la participación de los alumnos (Fernández, S.; 2002).

Generar espacios de reflexión en el ámbito educativo promueve conductas saludables y previene el inicio de consumo de sustancias en los jóvenes.

La OMS (2001)<sup>3</sup>, define que “dentro de la política sanitaria general, es preciso dar consideración especial a la política de salud mental y a las políticas en materia de alcohol y drogas [...] La formulación de políticas de salud mental, alcohol y drogas debe emprenderse en el contexto de un complejo entramado de políticas públicas sobre salud, bienestar y protección social en general [...]. Las políticas en materia de alcohol y drogas son un caso particular, pues han de incluir medidas legales y de otro tipo de control del suministro de sustancias psicoactivas, así como [...] actividades de educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Cabe entonces formularse las siguientes preguntas:

*¿Cuáles son las pautas de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los alumnos de entre 11 y 14 años de edad del departamento de Lujan de Cuyo?*

*¿Qué opiniones y conocimientos de los efectos a corto y largo plazo de tabaco, alcohol y otras drogas tienen los alumnos de las escuelas públicas de Luján?*

*En situaciones de conflicto o de resolución de problemas: ¿a quiénes acuden de manera inmediata? (referentes significativos)*

*¿Qué importancia curricular se le otorga en las escuelas del departamento de Lujan a la temática de las adicciones e inicio temprano del consumo de las mismas?*

---

<sup>3</sup> OMS (2001). Políticas y prestación de servicios de Salud Mental. (pp.75-85). En: *Informe sobre la salud en el mundo 2001: S.M. nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. [versión digital]. Disponible en: <http://www.who.int>

## **MARCO TEÓRICO**

## **Capítulo I: Drogodependencia**

### **1. Conceptos básicos en drogodependencia**

La Organización mundial de la Salud<sup>4</sup> define *droga* como “...toda sustancia terapéutica o no, que introducida en un organismo, por distintas vías, es capaz de actuar en el Sistema Nervioso Central y provocar una respuesta física y/o psíquica acorde a su forma de actuar”.

La OMS define también Droga de abuso, cuando la droga es de uso no médico con efectos psicoactivos, siendo la misma susceptible de ser auto administrada.

#### **1.1 Drogodependencia**

Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por: deseo inminente de seguir tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, una tendencia a aumentar la dosis, dependencia física o psíquica, con síndrome de abstinencia por retiro o disminución brusca de la droga y efectos nocivos para el sujeto y la sociedad (O.M.S.).

#### **1.2 Uso, Abuso y Dependencia**

El *uso* consiste en el consumo esporádico y circunstancial de una droga, sin que esto implique consecuencias negativas en la salud de la persona (O.M.S.)

---

<sup>4</sup> OMS. Disponible en [www.who.int](http://www.who.int)

El *abuso* consiste en el uso excesivo, persistente o esporádico del consumo de una sustancia que dañe la salud física, mental o el bienestar social de un individuo. Es un uso inadecuado y de riesgo por su cuantía o su finalidad (O.M.S.)

A continuación se expondrán los criterios para el abuso de sustancias del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - versión IV.<sup>5</sup>

	<b>CRITERIOS PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS DEL DSM IV</b>
<b>A</b>	Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses.
<b>1</b>	Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo: Ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
<b>2</b>	Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo: conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).

---

\* *Op. Cit.* OMS

<sup>5</sup> DSM IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: MASSON SA

3	Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo: arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
4	Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo: discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).
B	Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Se habla de *dependencia* cuando alguien “siente o cree que no puede vivir sin una sustancia”, y la utiliza en forma permanente y de manera compulsiva. (O.M.S.)

La Organización Mundial de la Salud define dependencia como aquella situación en la que se prioriza el uso de una determinada sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes. Ésta puede ser física y/o psíquica.

Desarrollar una dependencia (física y/o psíquica) es haber llegado al final del proceso que se ha comenzado mucho tiempo antes, de manera gradual, casi siempre sin consciencia de ello y por diversos motivos los cuales generalmente son desconocidos o no aceptados por la persona. La patología está dada por la modalidad de búsqueda. (PPA;2009)<sup>6</sup>.

---

\* *Op. Cit.* OMS

<sup>6</sup> Plan Provincial de Adicciones, Ministerio de Salud (2009). *Curso de Adicciones*. (p. 9). Mendoza.



En la dependencia *física* el organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad. Cuando este nivel desciende por debajo de cierto umbral, aparece el síndrome de abstinencia característico de cada droga. (CaT; 2001)<sup>7</sup>

La dependencia *psíquica* consiste en la compulsión a consumir periódicamente la droga de que se trate para experimentar un estado afectivo positivo (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, timidez, estrés, etc.). Este es el aspecto más trabajoso ya que hay que desactivar la dependencia psíquica, propiciando cambios en la conducta y emociones del sujeto que le permitan funcionar psíquicamente (obtener satisfacción, superar el aburrimiento, afrontar la ansiedad, superar la frustración, establecer relaciones sociales, etc.) sin necesidad de recurrir a las drogas (CaT; 2001)<sup>8</sup>

A continuación se exponen los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas según el Código Internacional de Enfermedades, versión 10.<sup>9</sup>

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SEGÚN LA CIE-10.	
A	Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
B	Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo, para poder terminarlo y otras para controlar la cantidad consumida.

<sup>7</sup> Equipo interdisciplinario de Cable a Tierra. (2001). *Manual para operadores terapéuticos en adicciones* (pp. 23-24) Argentina: Canto Rodado.

<sup>8</sup> *Op. Cit*

<sup>9</sup> OSM (1992) CIE-10 *Clasificación internacional de enfermedades*. Disponible en [www.who.int](http://www.who.int)

C	Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o el consumo de la misma sustancia o de otra similar con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
D	Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
E	Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
F	Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia lo hace consciente, o puede llegar a serlo, de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

La *toxicomanía* es un término compuesto por dos raíces: tóxico, del griego: *toxikon* que significa veneno; manía, del latín: *manía* que significa locura parcial con la obsesión de consumir tóxico o veneno. Es la iniciación irresistible o predilección por sustancias tóxicas y/o estupefacientes\*, que causan adicción y/o acostumbramiento y/o dependencia. La O.M.S. al término toxicomanía lo utiliza como sinónimo de “dependencia”. (PPA; 2009)<sup>10</sup>

---

\* Estupefaciente: término utilizado por la Convención de las Naciones Unidas para nombrar a 116 sustancias sometidas a fiscalización. Entre las que figuran el Opio y sus derivados, la Morfina, la Codeína, la Heroína, la Cannabis, la Cocaína.

<sup>10</sup> Plan Provincial de Adicciones, Ministerio de Salud (2009). *Curso de Adicciones*. (p. 9). Mendoza.

### 1.3 Drogadicción

Enfermedad caracterizada por el abuso de sustancias químicas que modifican el comportamiento del organismo y el estado de ánimo, capaces de provocar compulsión irracional e irresistible de continuar con su uso y generadoras de daño para el individuo y la sociedad. Provoca tolerancia y dependencia (O.M.S.)

### 1.4 Intoxicación

Tóxico desde su raíz griega significa veneno, por lo tanto, el estado de intoxicación es un estado que implica la incorporación de cualquier sustancia capaz de generar la muerte o graves daños al organismo. Es un concepto similar a “uso indebido” y/o “abuso”, no obstante, vale aclarar que el abusar de una sustancia no necesariamente implica intoxicación. (PPA; 2009)<sup>11</sup>

Ésta puede ser aguda o crónica<sup>12</sup>:

*Intoxicación aguda:* puede estar vinculada a un episodio único de uso de drogas.

*Intoxicación crónica:* cuando la sustancia es de uso continuo o mezclada con otras drogas. Supone una alteración biológica, psicológica y social en una persona permanentemente impregnada de sustancias adictivas.

### 1.5 Tolerancia

Es un estado de adaptación al consumo de una sustancia con ciertas dosis, la cual tiende a ser aumentada paulatinamente para obtener los efectos que producía en un comienzo del consumo. Acostumbramiento progresivo del

---

<sup>11</sup> *Op. Cit.* Plan Provincial de Adicciones

<sup>12</sup> *Op. Cit.* Equipo interdisciplinario de Cable a Tierra. p.26

organismo a los efectos de las drogas sin que necesariamente implique dependencia. (PPA; 2009)<sup>13</sup>.

Normalmente se produce con lentitud, permaneciendo el organismo sensible al exceso de tóxico, pudiendo desaparecer al dejar de consumir droga.

## **1.6 Abstinencia**

No consumo o cese tras un periodo más o menos largo de uso, abuso o dependencia de una sustancia. Cuando por alguna circunstancia se disminuye o interrumpe el consumo de una droga de la que se tiene dependencia, aparece un conjunto de síntomas físicos y psíquicos. Este conjunto de signos y síntomas se denomina *Síndrome de abstinencia*, también llamado síndrome de retirada o de privación. (CaT; 2001)<sup>14</sup>

## **1.7 Flashback**

Término utilizado para definir aquellas situaciones en las que reaparecen los efectos del consumo de ciertas sustancias alucinógenas después de varios meses de haber abandonado el uso. La forma inesperada de la recurrencia puede traer serios trastornos como accidentes o acciones criminales involuntarias. (PPA; 2009)<sup>15</sup>

## **1.8 Efecto y Consecuencias**

La alteración que produce la sustancia en el momento de ser introducida al organismo, y en el momento inmediatamente posterior es lo que se denomina *efecto producido por la sustancia*. Algunos de ellos pueden ser: estimular, tranquilizar o eliminar el dolor; ocasionar alteraciones perceptivas de

---

<sup>13</sup> *Op. Cit.* Plan Provincial de Adicciones.

<sup>14</sup> *Op. Cit.* Equipo interdisciplinario de Cable a Tierra. p.25

<sup>15</sup> *Op. Cit.* Plan Provincial de Adicciones. p.10

diversa intensidad, alucinaciones; provocar cambios conductuales como aumento o disminución de la agresividad, incrementar la sociabilidad, locuacidad o la desinhibición.

Estos efectos no son constantes: dependen de la dosis, la vía de administración, la personalidad, estado físico y psíquico, la historia personal y el contexto de uso.

Las afecciones que se producen a lo largo del tiempo y con la permanencia del consumo se denominan: *consecuencias producidas por la sustancia*. Estas son físicas, psíquicas, conductuales, sociales, laborales entre otras.

## **2. Formas de Consumo**<sup>16</sup>

**Experimental:** Consumo fortuito, limitado. Podrían atribuirse como motivos de este consumo, la curiosidad, el sentirse adulto o parte de un grupo.

**Ocasional:** Consumo intermitente. Discrimina bien qué tipo de droga quiere y dónde usarla.

**Habitual:** Consumo para aliviar el malestar psicorgánico y/o para mantener un rendimiento determinado.

**Compulsivo:** Consumo intenso varias veces al día. Presenta un trastorno muy importante del comportamiento que da lugar a un sin número de consecuencias sociales.

---

<sup>16</sup> *Op. Cit.* Equipo interdisciplinario de Cable a Tierra. p.26-27

### **3. Vías de Administración**

Existen seis vías de administración: Oral: en forma de ingestión, mascado o sublingual; Pulmonar: inhalada y/o fumada; Nasal: esfinada; Intravenosa; Intramuscular o Subcutánea; Rectal.

La vía pulmonar es la que permite que la droga llegue con mayor rapidez al cerebro, en menos de diez segundos en la mayoría de las sustancias psicoactivas. En todo caso, la dosis y la frecuencia de consumo desempeñan un papel importante para pasar del uso al abuso y, finalmente, a la dependencia. En función de la vía de administración y del tipo de drogas, así será el efecto más o menos inmediato de ellas y las consecuencias físicas y psicológicas que produzcan. La vía de administración más problemática es la intravenosa, especialmente en el caso de la heroína<sup>17</sup>.

Las vías de administración que producen una absorción más rápida y eficiente en el torrente sanguíneo (por ejemplo: vía intravenosa, fumar o inhalar) tienden a provocar una intoxicación más intensa y un aumento de la probabilidad de un patrón de consumo en escalada, lo que conduce a la dependencia. Las vías de administración que permiten una llegada rápida de una gran cantidad de sustancia al cerebro se asocian también al consumo de grandes cantidades y aumentan la probabilidad de efectos tóxicos<sup>18</sup>

### **4. Clasificación de las sustancias psicoactivas**<sup>19</sup>

Las drogas se clasifican según diversos criterios, entre ellos: según el origen de la sustancia, efecto sobre el sistema nervioso central, legalidad o ilegalidad, aceptación o rechazo sociocultural.

---

<sup>17</sup> Becoña Iglesias, E. (2002). Introducción. En E. Becoña, *Bases Científicas de la Prevención de las drogodependencias*. [versión digital] (p.53). Madrid: Ministerio del Interior.

<sup>18</sup> Citado en: Vezzoni, M. (2002). *Autoeficacia y conducta adictiva*. Tesis de grado para la obtención del título: Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza

<sup>19</sup> Ministerio de Educación y Min. de Salud de Chile (2006). *Sin drogas más libres*. (pp. 267 – 295). Chile: Cobrane – Marianetti, S.A.

De acuerdo a los efectos sobre el Sistema Nervioso Central se pueden destacar tres grandes grupos:

### **Estimulantes**

Actúan acelerando los procesos mentales, haciendo sentir a la persona más alerta, dándole una sensación de euforia, mayor energía, deteriorando la calidad de sus funciones. Algunos de los efectos son: desinhibición, menor control emocional, irritabilidad, agresividad, menor fatigabilidad, disminución del sueño y mayor estado de alerta, excitación motora, disminución de la capacidad intelectual, intensificación de los sentidos, alucinaciones, aumento del pulso, convulsiones.

Entre las drogas estimulantes se pueden nombrar al Clorhidrato (cocaína), las anfetaminas, nicotina, cafeína.

### **Depresoras**

Éstas actúan como calmantes o sedantes, relajan, sueltan, distienden; pero a la vez fomentan en la persona un rol más pasivo, estar como *“ausente”*, *“ido”*.

Los efectos producidos por el consumo de sustancias depresoras del SNC son: relajación, sensación de bienestar, apatía, disminución de la tensión, desaparición de la angustia, confusión, somnolencia, alteración de la coordinación motora, inestabilidad emocional, agresividad, psicosis, convulsiones. Algunas de ellas son: alcohol, inhalantes, tranquilizantes, opiáceos.

## Distorsionadoras

Estas drogas producen cambios en la forma como se percibe y/o interpreta la realidad, la persona entra en su propio mundo diferente de la realidad exterior, similar a lo que ocurre en las psicosis.

Algunos de los efectos son: aumento o disminución del tamaño de los objetos, sensación de “volar” – “flotar”, percepción del mundo más bello, sensación corporal diferente, alucinaciones auditivas, ideas de persecución, alteración temporal y espacial, agresividad. En este grupo se encuentran los alucinógenos, pasta base, inhalables, marihuana.

## **5. Características clínicas de las distintas sustancias psicoactivas**<sup>20</sup>

A continuación se detallarán las características principales<sup>21</sup> de algunas sustancias psicoactivas, siendo éstas destacadas por su uso y abuso habitual en nuestra sociedad.

Se desarrollará en mayor profundidad la clasificación de ALCOHOL y TABACO siendo estas sustancias consideradas de rito iniciático y primer consumo entre las personas que luego hacen abuso y generan dependencia a otras sustancias (si bien no hay una relación de causalidad, si es de probabilidad).

---

<sup>20</sup> Becoña Iglesias, E. (2002). Introducción. En: *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. [versión digital]. (pp. 27-46). Madrid: Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. & Ministerio de Educación y Min. de Salud de Chile (2006). *Sin drogas más libres*. (pp. 270 – 295). Chile: Cobrane – Marianetti, S.A.

\* *Op. Cit.* Min. de salud y educación de Chile

<sup>21</sup> *Op. Cit.* pp. 267 – 295 & Vallejo Ruiloba, J. (1997). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. (pp. 678 – 696). Barcelona: Masson, S.A.



## 5.1 Cannabis Sativa\*

Conocida como *Marihuana*. Su origen parece situarse en Asia, su consumo penetra en la cultura occidental a mediados del siglo pasado, destacando anecdóticamente el famoso Club de Fumadores de Hachís, fundado en París. Movimientos de nuestro siglo, como el *beat*, *hippie*, etc., se identificaron totalmente o en parte con el consumo de marihuana (Escohotado, 1998. Citado en Becoña, 2002).

Proviene de las hojas secas de una planta cuyo nombre botánico es cáñamo sativo (*cannabis sativa*). Está compuesta por 421 sustancias químicas, se han identificado 60 cannabinoides, siendo el más importante y principal componente psicoactivo el Tetrahidrocannabinol (THC).

Sus efectos dependen de la cantidad de THC, la que determina la potencia de la marihuana. Es una planta de la que se pueden fumar sus hojas, en este caso se habla de *marihuana* (“grifa”, “maría” o “hierba”) o fumar su resina, el *hachís* (“haschís”, “chocolate”, “costo”, “goma”), recibiendo el cigarrillo de hachís nombres como “porro”, “canuto”, “petardo”, etc. El hachís es más potente que las hojas de marihuana y se elabora por agitación, presión o raspadura de las hojas y flores de la planta. Produce dependencia física media y psíquica alta.

Los principales efectos que producen son: inyección de las conjuntivas, dilatación pupilar, aumento del pulso, resecamiento de la boca, aumento del apetito; disminución de la coordinación muscular, deterioro de la memoria, disminución de la atención y la concentración, alteración del funcionamiento del pensamiento, alteración de la dimensión temporoespacial, produce sueño y relajación, risa, síndrome amotivacional, efecto desinhibitorio. Puede producir ansiedad, reacción de pánico, confusión, depresión y trastornos severos del comportamiento.

---

\* Op. Cit.. 16

En los casos donde el consumo fue sostenido durante el embarazo, horas después del parto se presenta irritabilidad, llanto agudo, hiperreflexia, tono muscular normal, temblor, reflejo foto – motor lento.

El uso frecuente (y/o abuso) de Marihuana puede producir afecciones en el Sistema Broncopulmonar, entre ello: Faringitis, Sinusitis, Bronquitis, aumento de riesgo de contraer cáncer de boca, esófago y pulmón.

## **5.2 Inhalantes\***

Son productos químicos volátil que introducidos al organismo disminuyen el funcionamiento del SNC, por lo que pertenecen al grupo de los depresores; aunque también pueden producir distorsiones en la percepción y pensamiento. Estas sustancias volátiles se encuentran contenidas en algunos de los siguientes productos: esmalte de uñas, disolventes, insecticidas, quitamanchas, pinturas, pegamentos, colas, nafta, barnices, desodorantes, cementos plásticos y aerosoles; se caracterizan por contener productos químicos como acetona, alcohol butílico, tolueno o bencina.

La forma de consumo es por aspiración buco nasal. Los productos químicos ingresan a los pulmones, desde donde se incorporan a la sangre, y ésta los distribuye por todo el organismo.

El bajo costo y la insuficiente reglamentación para su adquisición y utilización han facilitado el uso indebido de estos productos.

Los efectos que producen son: pérdida del apetito, disminución de la sensación de frío, visión borrosa, salivación, secreción nasal, mareos, náuseas, hipersensibilidad a la luz, zumbidos de oídos, excitación psicomotora, torpeza de movimientos, aumento de movilidad, convulsiones, pérdida de peso, problemas cardíacos, anemia, problemas renales, trastornos de la percepción espacio - temporal, alucinaciones, sensación de alegría, relajación y soltura, fantasías negativas y angustiosas.

---

\* *Op. Cit.*, 16

El daño en el organismo es principalmente Neurológico y en ciertos casos se presenta Necrosis (muerte de los tejidos).

### **5.3 Anfetaminas\***

Drogas estimulantes del S.N.C. inhibidoras del apetito. Sintetizadas por primera vez en 1887. La vía de administración es normalmente la oral o intravenosa y en ciertos casos, por vía intranasal (como sucede con las metanfetaminas). La dependencia física y psíquica es alta.

Los efectos físicos observados en el organismo, producidos por las anfetaminas son: sensación de energía y menor fatiga, aceleración de la respiración y ritmo cardíaco, aumento de la presión arterial, disminución del apetito, disminución de las horas de sueño, aumento de la tensión muscular (temblores), dilatación de pupilas. Los efectos psicológicos observados son: euforia, aumento de la atención, aceleración del pensamiento, aumento del habla, disminución del juicio, aumento de la confianza en sí mismo, sensación de potencia y superioridad, irritabilidad, angustia, distorsiones del pensamiento, ilusiones del movimiento.

El uso prolongado de esta sustancia produce una serie de graves complicaciones: desnutrición, susceptibilidad a las infecciones, tolerancia, dependencia, agresividad, miedo, insomnio, ilusiones, alucinaciones. Al dejar de consumirlas por síndrome de abstinencia provocan estados depresivos, sueño, fatiga y apetito en exceso.

---

\* *Op. Cit.* 16

#### **5.4 Benzodiazepinas\***

Pertenecen al grupo de tranquilizantes, con efectos ansiolíticos e hipnóticos. Son depresores del S.N.C. Poseen una buena actividad terapéutica de reducción de la ansiedad. Disminuyen la tensión emocional, ansiedad e inducen al sueño. En cantidades mayores puede producir un estado de sopor y coma.

Son indicados en estados de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, trastornos no orgánicos al sueño, síndrome de abstinencia al alcohol.

Algunos de los efectos negativos producidos por benzodiazepinas son: somnolencia, enlentecimiento de los reflejos, entorpecimiento de la coordinación motora, fallas en la memoria, atención y concentración, reacciones agresivas.

Algunos nombres con las que se comercializan: DIAZEPAM; VALIUM; ALPRAZOLAM; LEXOTANIL; AMPARAX; TRIAZOLAM, LOPRAZOLAM, DIACEPAM.

El recién nacido de madre dependiente a benzodiazepinas, presenta síndrome de abstinencia con hipertonía, irritabilidad, llanto, taquipnea y temblores.

#### **5.5 Pasta base de cocaína**

Droga extraída de las hojas del arbusto de la Coca (*Eritroxilon coca*), nativo de la región andina de América del Sur.

La *Pasta Base* resulta de la maceración o pulverización de las hojas secas de Coca, posteriormente tratadas químicamente por un conjunto de

---

\* Op. Cit., 16

sustancias tóxicas, tales como: solventes (alcohol, nafta, parafina, acetona), ácido sulfúrico, ácido benzoico, metanol, bicarbonato de sodio, amoníaco, cal.

Para el tráfico de Pasta Base, por lo general, se altera su composición mediante la aplicación de otras sustancias como: harina, cal, sal, yeso, talcos, pastillas (tranquilizantes o estimulantes), alcohol etílico, heces blancas de perro. Al residuo de Pasta base de muy mala calidad se lo conoce como *Paco*.

Por consiguiente, al fumar Pasta Base se inhalan una serie de sustancias tóxicas que producen efectos breves e intensos en el organismo; la duración la “*volada*” dura alrededor de 3 minutos. Durante este lapso se producen: sensación placentera muy intensa, alegría, sensación de claridad mental y ligereza física, locuacidad, aceleración del pensamiento, disminución del hambre, fatiga y sueño, aumento de frecuencia del pulso y de la presión arterial.

Debido a la brevedad y potencia de los efectos, la vuelta al estado inicial, generalmente se manifiesta en una caída súbita llamada “*bajón*”; este produce un estado de ansiedad, lo que lleva a reiniciar nuevamente la experiencia de consumo. El uso repetido puede llevar en horas o días a una psicosis con alucinaciones tanto visuales, auditivas, cutáneas y olfatorias.

Posee un alto potencial adictivo, la dependencia puede producirse entre tres y seis meses de consumo.

Entre los daños físicos ocasionados en el organismo por consumo de Pasta Base se observa: Insomnio, palidez, temblores, anorexia, excesiva necesidad de orinar y defecar, broncoespasmos, inmunodeficiencias, infartos cerebrales, muerte por paro cardíaco. Los efectos psicológicos sensoperceptivos son: alteración de la percepción de las distancias y del tiempo, alucinaciones, pérdida de la memoria, disminución de la capacidad de concentración, desorientación y confusión, falta de coordinación, aumento de conductas agresivas y violentas, sensaciones de angustia y ansiedad, tristeza y depresión.

## 5.6 Cocaína\*

El clorhidrato resulta de la mezcla de pasta base de coca con ácido clorhídrico y éter. Se presenta en forma de polvo fino blanco. La vía más habitual de administración es por aspiración nasal, aunque también es consumida por inyección endovenosa, en infusión, mascarada o fumada (crack).

La cocaína modifica intensamente la afectividad de quien la consume, provocando inicialmente una serie de sensaciones agradables. Tiene dos acciones farmacológicas fundamentales, como anestésico local y como estimulante del S.N.C.

Los efectos inmediatos son: sensación de placer, estado de euforia, disminución de la fatiga, lucidez intelectual aparente, aceleración de los procesos de pensamiento, disminución notable de hambre, fatiga y sueño. Otros efectos son: leve temblor, midriasis, sudoración, aceleración cardíaca, aumento de la presión y del ritmo respiratorio, aumento de la temperatura basal, aparición de pensamiento paranoídeo. A largo plazo los efectos que se presentan son: erosiones y ulceraciones en la mucosa nasal, irritabilidad, intranquilidad, desgano, depresión, alteraciones de la percepción y el juicio, cuadros de paranoia, disminución del peso corporal, aumento de presión arterial, enfermedades al corazón, daño cerebral.

La dependencia es alta a severa. El uso crónico puede desarrollar una psicosis cocaínica.

El recién nacido de madre consumidora puede presentar cianosis, convulsiones focales múltiples, taquicardia intermitente e incremento y disminución de tono muscular en forma coexistente. Accidentes cerebrovasculares ocurridos intraútero pueden determinar daño cerebral permanente.

---

\* *Op. Cit.*, 16

## 5.7 Opiáceos\*

Obtenida de la savia seca de la amapola (*Papaver Somniferum*), contiene más de 20 alcaloides, entre los cuales el más representativo es la *morfina*. Otros de los alcaloides también obtenidos directamente del opio son la *codeína*, utilizado ampliamente en medicina como analgésico moderado; la *metadona*, opiáceo sintético utilizado en tratamientos de desintoxicación en adictos a la heroína; la *heroína*, derivado semisintético de la morfina, más liposoluble y con mayor poder analgésico que ésta.

El consumo regular de heroína provoca niveles considerables de tolerancia. La administración intravenosa produce un cuadro de euforia que puede durar de 10 a 30 minutos. Luego aparece letargia, somnolencia, apatía o disforia, que pueden durar de 2 a 6 horas. En la sobredosis se produce una depresión respiratoria y edema agudo de pulmón que puede provocar la muerte.

El recién nacido de madre dependiente a opiáceos presenta irritabilidad, llanto excesivo de tono agudo, temblores, succión frenética de pechos, movimientos reptantes y de rotación del tronco.

## 5.8 Alucinógenos

Sustancias que se caracterizan por producir, a dosis subtóxicas, alteraciones de las funciones psíquicas básicas de la sensopercepción y de los procesos cognoscitivos.

Algunos son sustancias de planta consumidas desde la antigüedad por sus actividades psicoactivas. La *mescalina* se obtiene del cactus mexicano “peyote”, la *psilocina* de los “hongos sagrados” de América Central. Otros como la *LSD 25* (dietilamida del ácido lisérgico) derivado del cornezuelo del centeno, la *fenciclidina* “polvo de ángel” sustancia alucinógena atípica.

---

\* Op. Cit., 16

Actualmente los alucinógenos más importantes tanto por su nivel de consumo como por la intensidad de los efectos tóxicos asociados a su uso son: la LSD y las nuevas drogas de diseño.

La LSD es el prototipo de los derivados del ácido lisérgico y produce efectos clínicos virtualmente idénticos a los de la mescalina y la psilocibina. Los síntomas son: vértigo, debilidad muscular, temblores, náuseas, somnolencia, visión borrosa, trastornos de la sensopercepción con hiperactividad a la estimulación sensorial y fenómenos alucinatorios múltiples, fenómenos de despersonalización y vivencias de tipo delirante.

### **5.9 Cafeína\***

Es una xantina (1,3,7 – trimetilxantina) categorizada como un estimulante del S.N.C. Produce estimulación del metabolismo, aceleración del ritmo cardíaco, y aumento de la capacidad de vigilancia. Se consume habitualmente en forma de infusiones de café o té, en alimentos como el chocolate o el cacao, en bebidas de cola y en fármacos y en fármacos antigripales, antimigrañosos, analgésicos, etc. Su consumo está extendido en todo el mundo y es de venta legal.

La intoxicación por cafeína (cafeinismo) es producida por el excesivo consumo de cafeína; la sintomatología característica incluye: insomnio, intranquilidad, nerviosismo, excitación, congestión facial, contracción muscular, taquicardia, arritmia entre otros. Este cuadro puede aparecer tras la ingesta de 250 mg/día.

Como se indicó anteriormente, a continuación se desarrollarán las características de las drogas ALCOHOL y NICOTICA con mayor profundidad dado que éstas son consideradas drogas de rito iniciático y de mayor consumo en adolescentes y adultos.

---

\* *Op. Cit.*, 16



## 5.10. Alcohol

Cuando químicamente hablamos de alcohol, nos estamos refiriendo al alcohol etílico o etanol ( $C_2H_5OH$ ). Existen otros tipos de alcoholes que no pueden ser ingeridos por su alta toxicidad, como es el caso del alcohol metílico.

El alcohol etílico deriva del término árabe “*al-huhl*”, que significa “el colirio”. Se obtiene de la fermentación del almidón y glucosa que se encuentra en las frutas, cereales, caña de azúcar y otras sustancias. Hasta el siglo X sólo existía tecnología para producir bebidas alcohólicas de baja concentración (menos de 15%) como cerveza, chicha y vino; alquimistas árabes introdujeron la destilación, permitiendo así la elaboración de bebidas con mayor contenido de alcohol (30 a 55%), como aguardiente, cognac, pisco, whisky, etc.

El alcohol se distribuye con gran facilidad hacia el S.N.C. ejerciendo un efecto depresor en sus funciones. La vía de administración es la oral.

Existen 4 etapas del recorrido del alcohol en el organismo:

1. **ABSORCIÓN:** el alcohol no requiere ser digerido, ya que es absorbido rápida y directamente en su estado original a través de la mucosa del estómago y del intestino delgado. La velocidad de absorción para llegar a la concentración máxima varía entre 10 y 60 minutos, dependiendo de la cantidad de alimento que se encuentra en el estómago al momento de la llegada del alcohol a éste.

2. **DISTRIBUCIÓN:** El alcohol viaja por la sangre a todos los lugares del organismo, difundiéndose fácilmente hacia las células de los distintos órganos y tejidos. La cantidad de alcohol que pasa a las células, y por ende su efecto en el organismo, depende de su concentración en la sangre o alcoholemia. Es así como al llegar al S.N.C. el alcohol deprime sus funciones.

3. **METABOLIZACIÓN:** El hígado metaboliza alrededor del 90% del alcohol absorbido, gracias a la acción de enzimas que lo transforman en

acetaldehído, ácido acético, y finalmente en anhídrido carbónico y agua. La velocidad de desintoxicación depende en gran medida, de esta función hepática.

4. ELIMINACIÓN: El 10% de alcohol restante es eliminado directamente, sin transformación, a través del aire expirado y la orina. Cantidades pequeñas son eliminadas también por la transpiración, las lágrimas y la leche materna. Esto ha permitido desarrollar métodos de detección usando para ello el aire expirado, la orina y lágrimas, pudiendo estimar así aproximadamente el nivel de alcoholemia.

Los efectos que produce el alcohol en el organismo dependen del nivel de concentración en la sangre y de la sensibilidad del S.N.C. El alcohol deprime las funciones de este sistema; primero deprime la corteza del cerebro, para luego afectar progresivamente niveles más inferiores del S.N.C. produciendo distintos niveles de embriaguez, e incluso estados de coma y muerte.

La alcoholemia es todo el alcohol que el hígado no es capaz de absorber, pasa a la sangre y de allí va directamente al cerebro, afectando al S.N.C. El rango de alcoholemia entre 0,5 y 1gr. por cada 1000 ml. de sangre. Sólo se necesita  $\frac{1}{4}$  litro de vino en un estómago vacío para tener una alcoholemia superior a 0,5 gr. 0/00.

Los efectos a corto plazo, en el estado de intoxicación aguda son: disminución de la capacidad de comprensión, lenguaje confuso, andar vacilante, adormecimiento. Los daños producidos por el uso repetido (abuso/dependencia) aumentan la incidencia de cáncer (esófago), gastritis aguda y crónica (a veces hemorrágica), disfunción en la absorción de vitaminas, minerales grasas, pancreatitis aguda y crónica, hepatitis aguda, hígado graso, cirrosis, taquicardia, hipertensión arterial, miocardiopatías, atrofia cerebral y demencia, ataques epilépticos, disminución de la fertilidad, atrofia testicular, dependencia, depresión mayor, ilusiones y alucinaciones (parte del

síndrome de abstinencia), alusinosis alcohólica (psicosis paranoide grave), delirium tremens<sup>22</sup>.

En el recién nacido de madre alcohólica los síntomas de abstinencia son: irritabilidad, chupeteo compulsivo de los puños, llanto. Es infrecuente la presentación de convulsiones.

#### *5.10.1 Dependencia al alcohol*

Se manifiesta como un deseo impetuoso y compulsivo por ingerir alcohol, puede tomar diferentes modalidades:

*Incapacidad de detenerse:* una vez iniciada la ingestión la persona siente la necesidad de continuar bebiendo hasta llegar a la embriaguez. Esta es la manifestación central del alcoholismo intermitente, en el cual la persona bebe en forma esporádica, con días o semanas de abstinencia y horas o días de ingestión.

*Incapacidad de abstenerse:* la persona no puede pasar más de algunas horas sin ingerir cierta cantidad de alcohol. La persona bebe todos los días durante meses o años.

*Síndrome de abstinencia o de privación:* se caracteriza por la aparición de una serie de síntomas al disminuir o suspender el consumo de alcohol después de uno o más episodios de embriaguez, o después de semanas o meses de consumo diario. En su forma leve se presenta con intranquilidad, temblor, malestar. En casos más severos se agregan náuseas, vómitos e insomnio, e incluso se puede complicar con episodios deliriosos, alucinaciones, delirium tremens y ataques compulsivos.

---

<sup>22</sup> Delirium Tremens: comienza entre 3 y 4 días después de interrumpir la ingesta y se acompaña de temblor en manos o lengua, sudación, ansiedad y taquicardia. Los trastornos perceptivos visuales vívidos y corpóreos poseen muchas veces un contenido terrorífico y suscitan una intensa reacción emocional.

En la dependencia al alcohol también se pueden presentar: tolerancia aumentada; amnesia, negación, cambios en la personalidad; abandono progresivo de otras fuentes de placer y/o diversión; persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales evidentes.

Para la O.M.S.<sup>23</sup> serían alcohólicos, aquellos bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol hubiese alcanzado tal nivel que diera lugar a claros trastornos mentales y somáticos o a conflictos en sus relaciones interpersonales, sus funciones sociales y laborales. Considera como población de riesgo aquella que consume más de 80 g. 0/00 de alcohol diario.

### **5.11 Nicotina**

El tabaco (*Nicotiana tabacum*) es originario de América, fue introducido en el siglo XVI en Europa sólo con fines medicinales. Sin embargo, su uso social se extendió masivamente, cultivándose en la actualidad en casi todos los países del mundo.

Es la sustancia psicoactiva más extendida actualmente, no produce un deterioro en la conducta laboral y social ni tampoco un estado de intoxicación. La vía de administración es la oral (fumado y aspirado).

La nicotina tiene efectos periféricos y centrales. Es estimulante del S.N.C. y es altamente adictiva. El síndrome de abstinencia aparece durante las primeras 24 horas después de dejar de fumar y tiene una duración de 30 a 120 minutos.

Los efectos a corto plazo son: mal aliento, dientes manchados y daños en las encías, tos, aumento del pulso y presión arterial, aumento de la frecuencia respiratoria, insomnio, cefaleas. El monóxido de carbono presente en el humo de cigarrillo empuja hacia fuera el oxígeno de la sangre forzando al corazón a trabajar más para conseguir el oxígeno que necesita. La nicotina del humo de

---

<sup>23</sup> OMS. Disponible en [www.who.int](http://www.who.int)

cigarrillos actúa como estimulante, por eso en vez de calmar, acelera y pone más ansiosas a las personas.

A largo plazo se observan: resfríos frecuentes, mala circulación, arrugas en la piel, bronquitis y efisemas, mayor riesgo de paros cardíacos, cáncer pulmonar, úlcera de estómago, mayor riesgo de fracturas por la descalcificación de los huesos.

Los niños de madres consumidoras de tabaco durante el embarazo presentan bajo peso, disminución de la talla y mayor probabilidad de trastornos respiratorios que perduran durante su desarrollo.

## **6. Multicausalidad de las Adicciones**

La problemática de las adicciones constituye un problema multicausal, su abordaje exige miradas amplias y criterios flexibles. Por lo cual se incluye una serie de factores, cuya interrelación aumenta la posibilidad de aparición de la misma. Si bien cada uno de ellos actúa como causa única, la interacción de los mismos puede aumentar la probabilidad de desencadenar diversas situaciones conflictivas de consumo.(PPA; 2009)<sup>24</sup>

Entre los factores que interactúan se destacan<sup>25</sup>:

### *Factores psicológicos*

Existen variables individuales que constituyen zonas vulnerables asociadas a la problemática del consumo. Una de ellas se relaciona con los rasgos de dependencia que, cuando se presentan de un modo excesivo en un trastorno de personalidad, lleva a los sujetos a establecer relaciones de dependencia con diferentes objetos de la realidad para la satisfacción de sus propias necesidades. En un momento de mayor vulnerabilidad, transformación

---

<sup>24</sup> *Op. Cit.* Plan provincial de adicciones.

<sup>25</sup> *Op.Cit.* Plan provincial de adicciones p.9. & *Op. Cit.* Equipo Interdisciplinario de Cable a Tierra.

y desajuste en la forma acostumbrada de funcionar, cuando los recursos habituales con que cuenta el individuo le resultan insuficientes o poco adecuados, aumenta la angustia incrementándose las conductas de búsqueda de objetos que la calmen.

Otros factores son: baja tolerancia a la frustración, dificultad para comunicar sentimientos y pensamientos con palabras; imposibilidad de sostener proyectos personales, dificultad en planificar el uso del tiempo libre, inadecuada internalización de normas, establecimiento de vínculos superficiales y cambiantes.

#### *Factores familiares*

Si bien las configuraciones familiares predisponentes de adicciones pueden ser muchas, la ausencia de límites claros puede considerarse como el elemento nodal en la mayoría de los casos. Los modelos de adultos propuestos, en lugar de ser previsibles y coherentes aparecen inconsistentes, confusos o ausentes.

Los factores que se observan son: dificultades en la relación conyugal para establecer reglas claras y poner límites adecuados; establecimiento de relaciones simbióticas que no permiten una real independencia padres – hijos, debilitamiento de los padres para asumir un rol de adultos, abandono moral y/o material, disfunción en la comunicación; a veces, violencia familiar.

#### *Factores Sociales*

En la sociedad actual donde se está sometido a cambios vertiginosos, éstos tienden a desarticular los vínculos de pertenencia, lo que lleva a los individuos a realizar permanentes esfuerzos de re acomodación para sentir que pertenecen a las diferentes instituciones o grupos y no quedar excluidos de sus ámbitos habituales.

Sociedad en crisis de cambios bruscos y repentinos, consumismo; individualismo, fácil acceso a las drogas, presión de pares y amigos, crisis del sistema educativo, sistema económico que excluyente, son algunos de los factores observables.

### *Factores Culturales*

La cultura valoriza y significa de modo especial determinadas interacciones entre los hombres y entre estos y los objetos. En nuestro medio por ejemplo se desarrolla la creencia de que la mayoría de las necesidades pueden ser aliviadas en plazos cortos y con mínimos esfuerzos, en detrimento de aquellos valores que proponen una cultura del esfuerzo a través del tiempo.

## **6.1 Factores de Riesgo – Factores Protectores**

La evaluación previa de estos factores permite conocer la situación en donde es efectivo desarrollar trabajos preventivos. Los factores de riesgo nos muestran el camino conveniente a seguir y los protectores nos dan la pauta acerca del cómo y con qué hacerlo (PPA; 2009)<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> *Op. Cit.* Plan provincial de adicciones (2009).

FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
INDIVIDUALES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensación de logro y valoración frente a lo que uno hace. (autoestima y autoeficacia).</li> <li>- Adecuada capacidad para comunicarse.</li> <li>- Planificación y ejecución de proyectos personales.</li> <li>- Sentido de pertenencia y compromiso con diferentes grupos o instituciones.</li> <li>- Uso eficaz del tiempo libre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baja autoestima y poca valoración personal</li> <li>- Escasa tolerancia a la frustración y poca capacidad de espera.</li> <li>- Falta de proyectos personales.</li> <li>- Sensación de vacío.</li> <li>- Uso precoz de sustancias adictivas.</li> <li>- Dificultad para aceptar la autoridad</li> <li>- Actitud permisiva hacia el consumo.</li> </ul>
FAMILIARES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo familiar estable, contenedor con capacidad para resolver conflictos cotidianos.</li> <li>- Adecuado nivel de comunicación.</li> <li>- Protagonismo y compromiso social.</li> <li>- Existencia de una red social de apoyo.</li> <li>- Estatus socioeconómico familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inestabilidad, desintegración familiar.</li> <li>- Violencia y/o conductas de abuso.</li> <li>- Dificultad en la integración, contacto y expresión de afectos.</li> <li>- Disciplina laxa o muy autoritaria.</li> <li>- Sobreprotección o abandono.</li> </ul>
COMUNITARIOS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refuerzos por la implicación en la comunidad</li> <li>- Oportunidades para implicarse en la comunidad</li> <li>- Actividades recreativas barriales</li> <li>- Normas de protección frente a la venta y consumo en el barrio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilidad de las sustancias</li> <li>- Deprivación económica extrema</li> <li>- Desorganización barrial - comunitaria</li> <li>- Influencia de pares</li> <li>- Leyes y normas favorables al uso de sustancias</li> </ul>
ESCOLARES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oportunidades para la implicación en las actividades escolares</li> <li>- Refuerzos por la implicación en la escuela</li> <li>- Seguimiento cercano del desarrollo de los alumnos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carencia de cumplimiento de la política escolar</li> <li>- Poco apego a la comunidad educativa</li> <li>- Fracaso escolar o abandono de la escuela</li> <li>- Dificultades en el paso de un curso a otro.</li> </ul>



## **Capítulo II: La Salud como Construcción Social**

*“Una buena salud es el mejor recurso  
para el progreso personal, económico y social;  
y una dimensión importante de la calidad de la vida”.*

Carta de Ottawa; 1986

### **1. Salud**

La OMS (1946)<sup>27</sup> define salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo de la ausencia de afecciones o enfermedades”. Resulta imposible el bienestar completo en los tres aspectos, por ese motivo en la actualidad se habla de un “grado de bienestar físico, mental y social”; tener salud sería el mayor grado posible de bienestar. Ahora bien, cada cultura, cada grupo social, cada persona tiene una percepción personal sobre la sensación de bienestar, por ello en 1996, la OMS definió el concepto de Calidad de Vida como la *“percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”*.

De acuerdo con el concepto de la salud como derecho humano fundamental, en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986)<sup>28</sup> se destacan determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las

---

<sup>27</sup> Organización Mundial de la Salud. (OMS) Disponible en <http://www.who.int>

<sup>28</sup> OMS (1986) *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Disponible en:  
[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/.../promocion/2\\_carta\\_de\\_otawa.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/.../promocion/2_carta_de_otawa.pdf)

condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en la definición de la promoción de la salud. En consecuencia, todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos<sup>29</sup>.

La salud es un **proceso**, no un estado; es un valor básico de las personas, constituye una necesidad fundamental para su desarrollo. En la formulación de los objetivos de la estrategia *Salud para todos*, en el año 2000 de la OMS, ya no aparece la palabra *completo*, sino que sus objetivos serán:

*“...que todos los habitantes de todos los países del mundo tengan el nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven”.* (OMS; 2000. Citado en Colomer Revuelta y otro.; 2001)<sup>30</sup>.

Desde el modelo ecológico, autores definen:

“La salud es el equilibrio y la armonía de todas las posibilidades de la persona humana, biológicas, psicológicas y sociales. Este equilibrio exige, de una parte, la satisfacción de las necesidades fundamentales del hombre, que son cualitativamente las mismas para todos los seres humanos (necesidades afectivas, nutricionales, sanitarias, educativas y sociales), y de otra parte una adaptación siempre permanente del hombre a un ambiente en mutación perpetua”. (Citado en Colomer Revuelta y otro.; 2001)<sup>31</sup>.

---

<sup>29</sup> Glosario de Salud. Disponible en: [www.who.ch/hep](http://www.who.ch/hep)

<sup>30</sup> Colomer Revuelta, C. y otros. (2001) Promoción de la salud: concepto, estrategias y métodos. En: Colomer Revuelta y Álvarez: *Bases conceptuales*. (pp. 27-45). Barcelona: MASSON S.A.

<sup>31</sup> *Op. Cit.*

Por ello “salud para todos” sólo será posible si se concreta la absoluta participación popular, lo cual significa que sólo se alcanzará la salud para todos, *si la abordamos **entre todos*** (Videla; 1998)<sup>32</sup>.

Para reducir el impacto personal y social causado por la enfermedad y teniendo como objetivo la prevención, se planteó un nuevo enfoque en las políticas sanitarias, centrándolas en la promoción de la salud. En un primer momento, año 1986, se definió **promoción de la salud** como un “*proceso mediante el cual se les proporcionen a las personas los medios necesarios para aumentar el control sobre su propia salud y mejorarla*”. Por lo tanto, está más vinculada con el mejoramiento de la calidad de vida y el potencial para ganar una mejor salud [...]. Un creciente conjunto de evidencias transculturales señala que varios factores psicológicos, sociales y conductuales pueden proteger la salud y dar apoyo a una salud mental positiva. Dicha protección facilita la resistencia a las enfermedades, minimiza y retarda la aparición de discapacidades y promueve un restablecimiento más rápido de las enfermedades (OMS; 2004)<sup>33</sup>. Abarcando diferentes aspectos tales como adquirir hábitos de cuidado del cuerpo, eliminar comportamientos de riesgo que nos predisponen a padecer ciertas enfermedades, obtener información y conocimientos necesarios para estos fines.

## **1.1 Salud Mental**

La Salud Mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. La dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la definición de salud de la OMS [...]. Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y

---

<sup>32</sup> Videla, M. (1991/1998). *Prevención, intervención psicológica en salud comunitaria*. (p. 27) Bs. As.: CINCO editorial.

<sup>33</sup> OMS, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. (2004). *Invertir en salud mental*. (p.27). Ginebra: [versión digital]. Disponible en: <http://www.who.int>

reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. (OMS; 2004)<sup>34</sup>

Proteger y mejorar la salud mental de la población es una tarea compleja que entraña múltiples decisiones. Hay que fijar prioridades entre las necesidades, los trastornos, los servicios, los tratamientos y las estrategias de prevención y promoción en materia de salud mental, y hay que adoptar decisiones acerca de su financiamiento. Los servicios y las estrategias de salud mental deben estar bien coordinados entre sí y con otros servicios, como los relacionados con la seguridad social, la educación, el empleo y la vivienda. Los resultados en materia de salud mental deben ser vigilados y analizados para poder adaptar en todo momento las decisiones en función de las dificultades que vayan surgiendo. (OMS; 2001)<sup>35</sup>

Dentro de la política sanitaria general, es preciso dar consideración especial a la política de salud mental y a las políticas en materia de alcohol y drogas [...] La formulación de políticas de salud mental, alcohol y drogas debe emprenderse en el contexto de un complejo entramado de políticas públicas sobre salud, bienestar y protección social en general [...]. Las políticas en materia de alcohol y drogas son un caso particular, pues han de incluir medidas legales y de otro tipo de control del suministro de sustancias psicoactivas, así como [...] actividades de educación, prevención, tratamiento y rehabilitación. Las políticas y los programas en materia de salud mental deben promover los siguientes derechos: igualdad y no discriminación; derecho a la privacidad; autonomía individual; integridad física; derecho a la información y la

---

<sup>34</sup> *Op.Cit.* (p.07)

<sup>35</sup> OMS (2001). Políticas y prestación de servicios de Salud Mental. (pp.75-85). En: *Informe sobre la salud en el mundo 2001: S.M. nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. [versión digital]. Disponible en: <http://www.who.int>

participación; y libertad de culto, reunión y circulación. (OMS; 1998.Citado en OMS; 2001)<sup>36</sup>.

El reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, está vinculado a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. Siguiendo el análisis de C. Colomer Revuelta (2001)<sup>37</sup>, la salud está profundamente influida por variables sociales, por lo que no debe extrañar que se vea afectada por el cambio social (incluyendo en el mismo la realidad sociocultural de consumo y la variada oferta de sustancias psicoactivas).

## **2. Psicología Comunitaria**

La Psicología Comunitaria surge oficialmente en los EE.UU. como insatisfacción ante: 1) los marcos conceptuales en salud mental centrados en el modelo médico hegemónico, 2) el énfasis en la psicoterapia individual, 3) la escasa consideración a la influencia del contexto social, 4) las dificultades de accesibilidad a los servicios de salud, por parte de la población. El escenario social de la década de los 60 estaba atravesado por la lucha por los derechos civiles y las protestas por la Guerra de Vietnam, generaban un debate por los problemas sociales y el rol del Estado.

En América Latina se origina, en la década del 70, como una búsqueda de una psicología inserta en la realidad del continente, orientada a la comprensión de los procesos de cambio social, y el trabajo con las consecuencias psicosociales del subdesarrollo. Incorpora la perspectiva histórica en la comprensión de estos fenómenos, la simultaneidad del proceso de intervención y la investigación.

---

<sup>36</sup> *Op. Cit*

<sup>37</sup> Colomer Revuelta, C. y otros. (2001) *Bases...Op.Cit.*

Es un modelo complejo en el que la salud mental es un aspecto del desarrollo global de la comunidad. Tiene como campo de acción los problemas sociales; cuya finalidad es el **Cambio Social**; por ello es *potenciadora*, siendo los destinatarios la comunidad en general, y realizando en ella actividades diversas: sociales directas, indirectas, políticas.

Es un enfoque centrado en descubrir y fomentar las fortalezas; integrado, opera a varios frentes. Promueve el sentido de comunidad, valora las soluciones correctivas por sobre las individualidades.

Maximiza la participación, el control y el protagonismo de la propia comunidad en el proceso. Se enrola en un trabajo interdisciplinario. Usa una política valorativa, acepta y reconoce la dimensión política de la intervención, el sentido de poder psicológico, político, derecho a la diferencia individual/grupal y la toma de posición del psicólogo.

El Trabajo Comunitario presupone un proceso estratégico de identificación articulación y negociación con actores sociales de la comunidad que posibilite la generación de acuerdos para el abordaje de problemáticas sociales y la aplicación de recursos. Existen distintas estrategias metodológicas para la investigación en la comunidad. Podemos agruparlas en: *capacitación específica* (proceso de intercambio de saberes y experiencias que tiene como punto de partida la practica social que desarrollan familias, redes, instituciones, organizaciones, y que requieren el aporte de especialistas para profundizar y desarrollar conocimientos y metodologías de trabajo específicas con relación a una problemática determinada o campo delimitado); *asistencia técnica e investigación – acción*. (Eroles, 2005)<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Eroles, C. Coord. (2005). *Glosario de temas fundamentales de Trabajo Social*. (p. 184). Bs. As.: Editorial Espacio.

### **Capítulo III: Educar en la Acción Preventiva**

#### **1. Educación**

Educación es un hecho humano universal ligado a la posibilidad de construir culturalmente y de aprender; pero el modo en que estos procesos se desarrollan en cada contexto singular da contenido a la diversidad humana.

Paulo Freire (1985; citado en Eroles, 2005)<sup>39</sup> entiende que “*educación es simultáneamente un acto de conocimiento, un acto político y conocimiento artístico*” en tanto creativo [...]. La educación es una utopía en tanto “*debe siempre anunciar una nueva realidad que se convierte no sólo en una temporal realidad concreta*”, sino en una “*permanente revolución cultural*”. (p.65)

##### **1.1 Educación Social**

Ezequiel Ander-Egg (2008)<sup>40</sup> define *educación social* como: “Concepto relativamente nuevo que, a pesar de ser redundante y tautológico (ya que toda educación por su propia naturaleza, es social), ha sido conservado para designar una forma de aprendizaje social intencionado, que parte de las condiciones e inserción social en las que se encuentran las personas destinatarias de este tipo de educación. La educación social (como parte de la pedagogía social) comporta una serie de ámbitos de intervención [...] prevención socioeducativa; prevención y tratamiento de las toxicomanías; educación para el tiempo libre, educación para adultos, animación sociocultural...”. (p.51)

---

<sup>39</sup> Eroles, C. (coord.) (2005). *Glosario de temas fundamentales de Trabajo Social*. (p. 65). Bs. As.: Espacio.

<sup>40</sup> Ander-Egg, E. (2008). *Léxico del animador sociocultural*. (p. 51). Córdoba: BRUJAS.

## 1.2 Educación para la Salud

M. Videla (1998)<sup>41</sup> nos dice que la educación para la salud es la traducción del conocimiento sobre salud en hábitos y comportamientos positivos que tienden a promover la salud del individuo, la familia y la comunidad.

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la *alfabetización sanitaria*, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de *habilidades personales* que conduzcan a la salud individual y de la *comunidad*.

La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la *salud*. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la *salud*, sino también la que se refiere a los *factores de riesgo* y *comportamientos de riesgo*, además del uso del sistema de asistencia sanitaria.

En el pasado, la educación para la salud se empleaba como término que abarcaba una más amplia gama de acciones que incluían la movilización social y la *abogacía* por la salud. Estos métodos están ahora incluidos en el término *promoción de la salud*.

---

<sup>41</sup> Videla, M. (1998). *Prevención, intervención psicológica en salud comunitaria*. (p.159). Bs. As.: CINCO.



## 2. Prevención. Promoción de la Salud

Como se mencionó en el capítulo anterior “La salud como construcción social”, la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.<sup>42</sup>

Siguiendo a Medina Mora (2002)<sup>43</sup> el término *prevención de drogodependencia* indica “cualquier actividad que pretende reducir o retrasar el inicio del uso de drogas”.

Este término amplio puede entenderse como *acciones de reducción de la oferta*, orientación de prevención propia del sector de procuración de la justicia, que establece que a menor disponibilidad de drogas, menor riesgo de consumo; o como *acciones de reducción de la demanda*, más común entre los profesionales de la salud que incluye esfuerzos para modificar la conducta, reducir el deseo de usar drogas y el control del consumo o la abstinencia en personas con problemas.

A partir de este concepto se define la prevención como la protección y la promoción de la salud de la población, la protección y el mejoramiento del ambiente ecológico y social, la prevención de la enfermedad y sus consecuencias, la eliminación de los riesgos identificables y la protección de los grupos de alto riesgo. Por tanto, la prevención primaria o etapa prepatogénica abarca acciones de promoción, fomento, educación y protección.

---

<sup>42</sup> Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Disponible en: [http://www.promocionsalud.gov.mx/dgps/.../promocion/2\\_carta\\_de\\_ottawa.pdf](http://www.promocionsalud.gov.mx/dgps/.../promocion/2_carta_de_ottawa.pdf)

<sup>43</sup> Medina Mora, M. (2002). La prevención de las adicciones en jóvenes. En A. Nateras Domínguez (coord.). *Jóvenes, culturas e identidades urbanas*. México. (pp. 303-326). Consultada el 20 de octubre de 2009 en: <http://www.infoadicciones.net>

La Real Academia Española (2006)<sup>44</sup> define: “*Prevenir es preparar, aparejar y disponer con anticipación, las cosas necesarias para algún fin. Pre – venir es prepararse con anticipación*”.

Prevención es facilitar recursos para el desarrollo de acciones de autocuidado, desarrollar programas de promoción creados por la misma comunidad, poner al alcance de los que más lo necesitan la información necesaria que les permita cuidarse y saber a qué tienen derecho, por qué deben organizadamente luchar.

Martín (1995, citado en Becoña, 2002)<sup>45</sup> define prevención de drogodependencias como un “proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas”.

Actualmente la prevención se constituye como uno de los ejes por excelencia de actividades innovadoras a través de lo que se conoce como “*Educación para la Salud*”

En la propuesta realizada por Caplan (1980; citado en Becoña, 2002)<sup>46</sup> definía prevención como “una acción integral, con tres niveles de intervención, articulados y simultáneos”. Esta diferenciación equivalía a prevenir, curar y rehabilitar.

La *prevención primaria* destinada a disminuir la incidencia. Incluye actividades de promoción y de protección. En este nivel se trabaja con la población sana y se trata de mantenerla saludable. Las acciones a desarrollar

---

<sup>44</sup> Real Academia Española. (2006). Prevención. (p. 1831) En: *Diccionario de la Lengua Española* (22º edición, tomo II). Bs. As.: Planeta SAIC.

<sup>45</sup> Becoña Iglesias, E. (2002). Introducción. En: *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. [versión digital]. (p.66). Madrid: Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

<sup>46</sup> *Op. Cit.* (p.71)

estarán orientadas a todos los miembros de la comunidad; dichas acciones tendrán un carácter marcadamente educativo e informativo.

La *prevención secundaria* destinada a disminuir la prevalencia. Tiende a evitar la cronicidad y las secuelas. Logra su objetivo mediante el tratamiento precoz, oportuno y eficaz. A la hora de planificar las acciones que se llevarán a cabo debe tenerse claro que éstas no pasan por la información - formación de las personas, sino por el “estar presentes” donde se localizan los grupos de alto riesgo.

La *prevención terciaria*, a este nivel lo conforman todas las medidas que se toman para la reducción del proceso o de la complicación de la enfermedad una vez establecida, procurando evitar complicaciones y recaídas. Las acciones fundamentales serán el tratamiento educativo - terapéutico y la reinserción socio - laboral de la persona.

En una terminología más actual los tres tipos de prevención anteriores son en parte equivalentes a lo que se conoce por **prevención** (prevención primaria), **tratamiento** (prevención secundaria) y **rehabilitación** (prevención terciaria). En el caso de las drogas, la prevención primaria se orienta a tomar medidas para que las personas no consuman drogas, evitando los factores de riesgo y desarrollando los factores de protección; la secundaria se orienta a que si surge un problema con las drogas se pueda frenar su avance y evitar que se convierta en un problema mayor; y, la terciaria se centra en el tratamiento y rehabilitación de la dependencia de las drogas. (Becoña, 2002)<sup>47</sup>.

En los últimos años una nueva terminología se ha ido imponiendo. Es la que diferencia la prevención en tres tipos: la universal, la selectiva y la indicada. (Gordon, 1987. Citado en Becoña, 2002)<sup>48</sup>.

*Prevención Universal* conjunto de actividades diseñadas para abarcar a todos los individuos de la población, sin reparar en el mayor o menor número de riesgos individuales que los llevan a iniciarse en el consumo y abuso de drogas.

---

<sup>47</sup> *Op. Cit.* (pp. 71-72)

<sup>48</sup> *Op. Cit.* (p.72)

*Prevención Selectiva* se enfoca a intervenciones educativas a los grupos de alto riesgo. El enfoque positivo de la intervención se basa en lograr nuevos aprendizajes que permitan encarar exitosamente la adversidad que significa el riesgo y la complejidad de esta conducta.

*Prevención Indicada* enfoca sus actividades a las personas que muestran señales tempranas de abuso de drogas y otras conductas de riesgo relacionadas con la pretensión de detener la progresión del abuso de drogas y las conductas problemáticas relacionadas (reducir el daño).

## **2.1 Tipos de Prevención**

Los ámbitos en los que se realiza la prevención pueden ser múltiples. La prevención puede hacerse en el ámbito escolar, en el familiar, el laboral, en la comunidad, con grupos específicos, etc. En la práctica, el tipo de prevención que más se ha desarrollado ha sido la prevención escolar.

### *Prevención Escolar*

La prevención escolar permite llegar a los jóvenes escolarizados, en la edad de máximo riesgo para el consumo de las distintas drogas. Genera la posibilidad de potenciar conductas de autocuidado en edades tempranas, favoreciendo el desarrollo personal. Es uno de los principales agentes de socialización, donde se continúan y refuerzan las acciones iniciadas en la familia, resultando ser un espacio idóneo donde poder detectar precozmente posibles factores de riesgo.<sup>49</sup>

Alonso, Freijo y Freijo (1996, 2002)<sup>50</sup> plantean que el ámbito educativo tiene ventajas en lo que se refiere a la prevención. Además de ser uno de los principales agentes de socialización, actúa sobre las personas en una fase del proceso de maduración en la que la intervención del adulto tiene una gran

---

<sup>49</sup> *Op. Cit.* (p.75)

<sup>50</sup> *Op. Cit.* (p.77)

incidencia. A lo largo de la edad escolar los alumnos están sometidos a cambios y momentos de crisis que los exponen a múltiples riesgos (entre ellos, el consumo de drogas). La obligatoriedad de la escolarización implica que por ella deben pasar todas las personas durante el período más importante de la formación de la personalidad.

El ámbito escolar es un espacio ideal para detectar precozmente posibles factores de riesgo. Profesores y otros miembros de la comunidad educativa, son agentes preventivos debido a su cercanía con los alumnos. La prevención escolar debe entonces, conseguir que los jóvenes no consuman drogas o retrasen la edad de inicio.

### *Prevención Familiar*

En los últimos años la prevención familiar ha incrementado su relevancia al conocerse cada vez más la importancia de la misma en la etiología del consumo de drogas. La familia constituye un elemento esencial en la socialización del niño y del adolescente. Facilita mejor los tránsitos y la adaptación a nuestra sociedad actual. Varios factores de riesgo de tipo familiar se asocian con el consumo de drogas; sin embargo, otros de protección o el tipo de crianza facilitan el no consumir drogas<sup>51</sup>.

La familia es estructurante en lo relacional, en ella se producen los aprendizajes básicos y es allí donde cada miembro construye su historia.

### *Prevención Comunitaria*

La prevención en su sentido más amplio debiera ser comunitaria. Sin embargo, como lo comunitario es tan amplio suele optarse por tipos de prevención más realistas y parcializados. La prevención comunitaria en drogodependencias lo que pretende es *prevenir el consumo de drogas en una comunidad concreta* poniendo en marcha distintos recursos para lograr este fin.

---

<sup>51</sup> *Op. Cit.* (p.77-78)

El objetivo consiste en reforzar los mensajes y normas de la comunidad en contra del abuso de drogas y la preservación de la salud. Implica poner en marcha la participación y movilización de distintas instituciones, organizaciones, grupos y personas de la comunidad.<sup>52</sup>

Tabares (2007)<sup>53</sup> propone que la prevención comunitaria debe apuntar a generar espacios y condiciones para que la propia comunidad identifique los factores de riesgo, y que en un proceso de reflexión – debate – acción planifique las estrategias adecuadas para su resolución y pueda ponerlas en práctica. Uno de los principios básicos de la prevención comunitaria es el carácter protagónico que adquieren quiénes son actores de la misma.

Las estrategias a implementar son:

*Estrategias informativas:* sensibilizar a la población a la que va dirigida la intervención sobre la problemática, que empiece a circular la información sobre el tema a desarrollar. P. ej.: consumo abusivo de sustancias.

*Estrategias educativas:* en este segundo momento debe iniciarse la capacitación: formación y es necesario realizarlo con la comunidad y desde un enfoque multidisciplinar.

*Estrategias según la etapa de intervención:* estas dependerán del eje y del contexto.

*Estrategias de actuación:* aplicación de la intervención que debe girar entre dos ejes: las necesidades de la comunidad y los recursos disponibles; elaboración de proyectos, puesta en funcionamiento y posterior evaluación.

---

<sup>52</sup> *Op. Cit.* (p.79)

<sup>53</sup> Tabarés, H. (2007). Sobre algunos modelos socioculturales que interpretan la multicausalidad de la actual situación de consumo de sustancias. En: H, Tabarés *Consumidores y drogas* (pp 69-70). Bs. As.: GABAS

### **3. Programas Preventivos**

Un programa preventivo es un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir la aparición del problema al que se dirige dicho programa. En el caso de las drogodependencias consiste en impedir, o retrasar la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de las distintas drogas. Un programa preventivo puede ser global para toda la comunidad o específico para un subgrupo de personas, barrio concreto, grupo de edades, etc.

Siguiendo a Becoña Iglesias (2002)<sup>54</sup> en su libro Bases Científicas, realiza una descripción de la evolución de los programas preventivos, la cual ha sido considerable desde los años 60 y 70. A continuación se describirá brevemente el desarrollo que han ido teniendo hasta la actualidad.

Los primeros programas se basaban en el modelo racional o informativo. Luego le siguieron los programas afectivos y los programas inespecíficos en los años 70 y 80. Finalmente a partir de los años 80 y 90 se imponen los programas basados en el modelo de influencia social. Hoy, si tuviésemos que caracterizar a los programas, indicaríamos que se utilizan los que se basan en la evidencia científica, y que son fundamentalmente los basados en el aprendizaje de distintos tipos de habilidades.

Los primeros programas preventivos partían de la creencia de que lo que ocurría era que el adolescente no tenía suficiente información sobre los efectos negativos del consumo de drogas y, por tanto, proporcionarle dicha información solucionaría el problema. Se insistía en los aspectos negativos del consumo, asumiendo que con dicha información ellos tomarían una decisión racional de no consumo. De ahí que a este modelo se le haya denominado modelo racional o modelo informativo. También en ocasiones se le denomina modelo tradicional, por ser el que se ha utilizado desde los inicios de la prevención y el que más se ha mantenido en el tiempo.

---

<sup>54</sup> Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas... Op. Cit.* (pp.100-102)

Puesto en práctica, lo que se hacía en este tipo de programas, era mostrar las consecuencias negativas a corto, medio y largo plazo que tenían las distintas sustancias, tanto las legales como las ilegales. Los programas iniciales apelaban al miedo y, en ocasiones, a contenidos de tipo moralista. (Perry & Kelder, 1992. Citado en Becoña 2002)<sup>55</sup>.

Conforme fue transcurriendo el tiempo, y ante el poco éxito del anterior enfoque, los programas fueron centrándose en los déficits de personalidad. Aquí se dedicó mucho esfuerzo a la clarificación de valores o a la mejora de la autoestima. Lo que subyace a todo esto es que el conocimiento cambia las actitudes. Este cambio de actitudes lo que permite a la persona es tener unas intenciones y una conducta de acuerdo con ellas. De ahí que se denomine modelo racional, ya que se espera que haya una concordancia entre el conocimiento, las actitudes y la conducta.

Este modelo se ha ido desechado paulatinamente por su poca efectividad, al tiempo que han surgido otros de mejor funcionamiento y resultados preventivos.

A partir de los años 70 y 80 aparecen los programas preventivos basados en el modelo de influencias sociales o psicosociales. Estos modelos consideran la existencia de tres factores de riesgo que son imprescindibles considerar para el desarrollo de programas preventivos efectivos (Perry & Kelder, 1992): los factores de riesgo del ambiente, de la personalidad y los de tipo conductual.

El ambiente social es de gran importancia, ya que la conducta, el consumo o no de drogas en este caso, se produce en un concreto ambiente social con unos parámetros que pueden o no facilitar dicho consumo. Sin embargo, la personalidad y los factores de riesgo conductual también son de gran importancia. El manejo adecuado de las situaciones de riesgo, sus habilidades en las mismas, el participar en alternativas sin drogas, son elementos de gran importancia para que no se produzca el inicio en el

---

<sup>55</sup> *Op. Cit.* (p. 100)



consumo de las sustancias. De ahí que los programas preventivos de tipo psicosocial dan gran relevancia al aprendizaje de habilidades sociales específicas.

En los años 80 y 90 surge el modelo de habilidades generales. Este modelo parte de que es necesario entrenar a los jóvenes no sólo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de las distintas drogas, sino que es necesario entrenarlos en habilidades generales más allá de lo que se venía haciendo en el campo de la prevención de drogodependencias. De ahí que se denomine modelo de habilidades generales, porque va más allá del entrenamiento específico en el rechazo al consumo de drogas.

#### *Elaboración, Selección y Evaluación de un Programa Preventivo<sup>56</sup>.*

Cuando se tiene claramente delimitada la población o grupo al que se va a dirigir la intervención, se precisa elaborar o seleccionar un programa preventivo para aplicar.

Algunos pasos a tener en cuenta en la elaboración son:

- Tener un buen conocimiento de qué es la prevención.
- Conocer bien el objeto de la intervención.
- Conocer los programas preventivos existentes.
- Delimitar a qué grupo o grupos se va a aplicar la intervención.
- Conocer los principios clave para elaborar dichos programas.
- Conocer cómo evaluarlos.

En un programa preventivo para la adolescencia y/o infancia, existe una serie de principios que se deben tener en consideración:

*Empleo de las técnicas de modificación de conducta:* éstas facilitan adquirir estrategias adecuadas y son parte central de los programas más efectivos en cuanto a la prevención de drogodependencia.

---

<sup>56</sup> *Op. Cit.* (p. 108-111)

*Consideración de la etapa de desarrollo.* La etapa evolutiva en la que se encuentra el grupo al que va a aplicarse el programa preventivo es un elemento a considerar tanto en la complejidad de las tareas que se vayan a desarrollar como en la presentación formal de las mismas. Puesto que los programas preventivos se suelen dirigir a poblaciones entre los once y los trece años es necesario que tanto el lenguaje utilizado como los temas que se traten sean comprensibles y adecuados a dicha edad. (Prochaska & Prochaska, 1993. Citado en Becoña, 2002).

*Influencias paternas.* Los padres tienen un papel relevante en la posterior conducta fumadora y bebedora de los hijos. Es muy difícil para un niño juzgar como negativo algo que hacen a diario las personas más queridas para él.

*Influencias sociales.* Los adolescentes adoptan comportamientos que se consideran normativos en el grupo social de referencia en el que se mueven. Los programas preventivos deben incorporar entrenamiento en técnicas que ayuden al adolescente a resistir la presión grupal sin dejar de pertenecer al mismo y sin que ello le cree enfrentamientos con algunos de sus miembros.

*Medios de comunicación.* En nuestra cultura los niños y adolescentes dedican muchas horas del día a ver la televisión; esto unido a la gran receptividad que muestran hacia las publicidades es necesario que cualquier programa preventivo deba tener presente dicha influencia.

*Ámbito educativo.* La escuela supone un medio idóneo para la implementación de los programas preventivos y de promoción de la salud.

*Mantenimiento de los efectos del programa.* Se propone utilizar “sesiones de recuerdo”, pero sería deseable la inclusión de técnicas específicas como los programas de refuerzo intermitente, o la enseñanza del autorrefuerzo y del autocontrol en las conductas adecuadas para el mantenimiento de la salud.

*Perspectiva de la actuación.* Antes de iniciar un programa debe valorarse si el objetivo puede ser conseguido con una mejor relación coste beneficio desde una perspectiva poblacional, mediante la actuación sobre el entorno o

sus condiciones o si, por el contrario, puede lograrse de manera más asequible mediante actuaciones sobre los individuos (programas educativos, campañas en colegios, etc.).

## **Capítulo IV: Adolescencia**

La adolescencia es una etapa importante en la vida, en ella se forma la identidad y la adquisición de la independencia. Es el periodo de transición de la infancia a la adultez. Va acompañada de un aumento del estrés vital, ya que implica hacer frente a una serie de retos y nuevas obligaciones que coinciden con los cambios biológicos y físicos de la pubertad y con fluctuaciones en el funcionamiento emocional, cognitivo y social. Las presiones escolares, la imagen corporal, el desarrollo de la identidad sexual, el logro de una creciente autonomía con respecto a los padres, la aceptación por parte del grupo etc., constituyen fuentes potenciales de estrés en esta etapa del desarrollo. (Windle y Windle, 1996. Citado en Rev. Hablemos, 2009)<sup>57</sup>

### **1. Pubertad**

Con los cambios de la pubertad se inicia la adolescencia. La pubertad es la suma de las modificaciones del cuerpo que convierten a niñas y niños en adultos biológicamente plenos, con capacidad de procrear. Para hablar de adolescencia es importante partir de la pubertad, del cuerpo en cambio. (Estévez, 1997)<sup>58</sup>

La pubertad es el proceso por el que se llega a ser física y sexualmente maduro y se desarrollan las características de adulto de un género concreto. La pubertad es un periodo que se extiende por tres o cuatro años a lo largo de los cuales el niño se transforma en adulto, tanto a nivel de reproducción sexual,

---

<sup>57</sup> Calvete, E. y Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes. *Hablemos*, 25, 20.

<sup>58</sup> Esteves, P. (1997). *Te acompaño a crecer*. (p. 13). Mendoza

con importantes cambios físicos en su aspecto exterior, forma corporal, órganos reproductivos y crecimiento. (Becoña Iglesias, 2002)<sup>59</sup>.

En la etapa de la pubertad o preadolescencia (11 – 14 años), se observan cambios notables en el área física, emocional, desarrollo psicosexual y social; es la llamada “edad del razonamiento” (Lowenfeld, 1975 / 2002)<sup>60</sup>

La Pubertad es una etapa de la vida en la que ocurren cambios importantes. Siguiendo la descripción de Lowenfeld, es el tiempo donde el preadolescente abandona su existencia receptiva y dependiente, hacia una existencia autónoma y personalizada. La seguridad infantil va perdiendo terreno en favor de una autonomía aún no realizada. Estos cambios alteran el universo afectivo en que está inmerso: padres, familia, escuela, amigos, etc.

Es importante aclarar que es un proceso en que los cambios se dan gradualmente y de manera interrelacionada y que por lo tanto, no es lo mismo tener 12 años o tener 14 años, aunque a veces se parezcan tanto.

Existen señales internas y externas que denotan que están cambiando. Por momentos, estos cambios son ansiosamente esperados y en otros les gustaría “seguir siendo los de antes”.

Para ambos sexos, la imagen corporal es muy importante en términos de recibir la aceptación de los demás, ya que buscan afanosamente ser aceptados por los pares. La comparación constante puede transformarse en motivo de burlas y aislamiento.

Los gustos cambian, pero permanecen confundidos respecto a lo que realmente quieren y les agrada. En esta etapa surge el aburrimiento de no saber qué elegir; están probando el mundo con sus posibilidades y probándose a sí mismos.

---

<sup>59</sup> Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. [versión digital]. (p.324). Madrid: Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

<sup>60</sup> Karlem, H. (2002) *La adolescencia*. (Documento de cátedra. No publicado) En cátedra: Psicología del desarrollo II. Mendoza: UDA.

En la esfera de lo social, aparecen temores e inseguridades; se observa un distanciamiento con las relaciones de la niñez, principalmente entre varones y mujeres, y la búsqueda de nuevas relaciones que confirmen el nuevo rol.

En las claves comunicacionales, las imágenes suelen sustituir el lenguaje verbal. Buscan recrear códigos nuevos, incorporando términos que usan los chicos de mayor edad.

En la relación adulto - preadolescente el tema central es la autonomía. A defender el derecho a decidir, ser tomados en cuenta, tener espacios propios, respeto por los adultos.

En cuanto al desarrollo psicosexual surge el interés en los cambios corporales y emocionales principalmente. Es una época privilegiada para el enamoramiento, para la amistad, se presenta la necesidad de pertenecer a un grupo, etapa de secretos compartidos, de ideales, e intensa curiosidad erótica<sup>61</sup>

*¿Por qué se inicia la pubertad?* Tanto en los varones como en las niñas alrededor de los 10 años, desde la base del cerebro el hipotálamo envía a la glándula hipófisis que está debajo, señales claras para que comience a producir y mandar a la sangre las hormonas del desarrollo. A las hormonas de la hipófisis se las conoce como **gonadotrofinas**, desde la sangre llegan hasta los ovarios en las niñas, haciéndolos crecer y en los varones las gonadotrofinas estimulan para que crezcan los testículos; y así se inicien los cambios. (P. Estévez, 1997)<sup>62</sup>.

En el área física: se observa un crecimiento rápido, centrado en las extremidades (cuello, brazos, piernas) más que en el tronco. Eso explica el aspecto tan característico de esta edad, largas piernas, “desgarbado”. En los varones se produce un marcado ensanchamiento de los hombros, en las niñas de la caja pélvica y las caderas se amplían. El crecimiento del vello corporal es

---

<sup>61</sup> Santín, M. (2005). *Proyecto de Educación Sexual y Reproductiva para la DOAPC*. (p.6) [no publicado]. Mendoza.

<sup>62</sup> Esteves, P. (1997) *Te acompaño...* Op. Cit. (pp. 20 – 22)

otro de los cambios en la superficie: púbico y axilar, en los varones también en la cara y el pecho.

El primer signo de que la niña ha comenzado su proceso puberal es casi siempre la aparición en el pezón de un “botoncito duro”, a este primer agrandamiento de la mama se le llama: Telarca (entre los 8 y 10 años de edad); en el varón el primer signo es el Agrandamiento testicular (en promedio a los 11 años).

Una de las características más importantes es la asincronía y descoordinación motora.

En el área emocional: son inestables y cambiantes en sus estados de ánimo, se observa tendencia al aislamiento y necesidad de estar solos. Presentan miedos, inseguridad proveniente de los cambios que están experimentando. Tienen conductas de tipo impulsivas y comportamiento impredecible.

En el área intelectual se desarrolla una capacidad para el pensamiento abstracto. Esta etapa marca el fin del arte como actividad espontánea y señala el comienzo de un periodo de razonamiento en el que el niño se hace cada vez más crítico de sus propias producciones (Lowenfeld, 1975 / 2002)<sup>63</sup>

En el área social: aparecen comportamientos de resistencia a las autoridades, dificultad en aceptar límites y normas. La importancia y centramiento de su atención esta en el cuerpo e imagen de sí. Son vulnerables a las críticas, descalificaciones y temen hacer el ridículo, experimentando vergüenza y pudor. El grupo de pares tiene gran importancia en el desarrollo psicológico. Se distingue el grupo grande, la pandilla menor y el grupo reducido de compañeros íntimos, cada uno cumpliendo funciones distintas. La necesidad de independizarse de sus padres lo lleva a enfrentamientos con la autoridad produciéndose la caída de los modelos parentales.

---

<sup>63</sup> Karlem, H. (2002) *La adolescencia... Op. Cit.*

Françoise Doltó (1991) considera a esta etapa como una “fase de mutación o segundo nacimiento. Es un momento de desprotección y alta vulnerabilidad que se considera como el más doloroso y sufriente de la vida, pero también el de mayor fuerza, por la necesidad de salir, de nacer, de comenzar la nueva etapa”<sup>64</sup>. Dicha *vulnerabilidad* hace que se considere a esta etapa del desarrollo de gran importancia para realizar tareas de prevención en la temática de uso y abuso de sustancias psicoactivas.

## **2. Adolescencia**

Existen muchos autores que han investigado y conceptualizado a la etapa adolescencial; a continuación, se desarrollan los diferentes conceptos y luego una síntesis de las características más significativas de esta etapa<sup>65</sup>.

M. Knobell (1976) habla de un periodo de transición entre la pubertad y la adultez; el individuo pasa física y psíquicamente de la condición de niño a la de adulto.

L. J. Stone y J. Church (1979) definen a la adolescencia como un período de tormenta y agitación.

L. Kaplan (1991) definen a la adolescencia simplemente como una época de la vida.

F. Dolto (1993) considera a esta etapa como una fase de mutación o segundo nacimiento. Es un momento de desprotección y alta vulnerabilidad que se considera como el más doloroso y sufriente de la vida, pero también el de mayor fuerza, por la necesidad de salir, de nacer, de comenzar la nueva etapa.

---

<sup>64</sup> Doltó, F. (1991). *La causa de los adolescentes*. Bs. As.: Paidós

<sup>65</sup> Karlem, H. (2002) *La adolescencia... Op. Cit.*



J. Piaget afirma que en esta etapa, lo esperable es que se desarrolle el pensamiento operacional formal; es decir, poder reflexionar fuera de la realidad presente y elaborar teorías sobre las cosas, distinguir entre lo real y lo posible; como así también la reversibilidad de pensamiento (reversibilidad por inversión y reversibilidad por reciprocidad).

V. Lowefeld (1975) nos habla de la creatividad del adolescente, considerada como medio que permite manifestar el desarrollo del sujeto, por ejemplo a través del dibujo. Lo propio sería que el adolescente se encontrase en el período de razonamiento o estadio seudonaturalista (se hace cada más crítico de sus producciones) y en el periodo de decisión (elige si quiere o no continuar con el desarrollo de la actividad artística).

En cuanto a la constitución subjetiva del adolescente, S. Freud afirma que en la pubertad, se reeditan todas las etapas de la libido (*Oral*: mezclan dulce con salado; *anal*: no quieren bañarse, manejo de dinero; *fálica*: deportes, curiosidades; *genital*: primeros amores, enojo con los padres) y se da el rehallazgo de objeto.

Para Craig (1997) los adolescentes deben afrontar dos cometidos principales: por un lado lograr un grado de autonomía e independencia de los padres, y formar una identidad mediante la creación de un yo integrado que combine de manera armoniosa los diferentes elementos de la personalidad.

Como cita Fernández Moujan, los tres niveles de cambios que se producen en esta etapa son entonces:

*Cambios en lo corporal*: un nuevo cuerpo cambiante percibido como externo por el Yo.

*El nuevo núcleo de pertenencia social*: nuevos roles sociales, no tan estereotipados como los viejos roles familiares.

*Cambios en la estructura psicológica*: un Yo que debe enfrentar la no coincidencia entre la identidad infantil y las nuevas identificaciones que van configurando una nueva identidad. Entendiendo por ésta: la creación de un

sentimiento interno de mismidad y continuidad, una unidad de la personalidad sentida por el individuo y reconocida por otro, que es el saber “quien soy”.

Los elementos que componen la identidad se dan en torno a tres sentimientos básicos: unidad, mismidad y continuidad. Estos sentimientos corresponden a tres aspectos inseparables que conforman la identidad. Cada uno de ellos se manifiesta en todas las áreas de experiencia: mente, cuerpo y mundo externo.

*Sentimiento de Unidad:* está basado en la necesidad del Yo, de integrarse y diferenciarse en el espacio, como una unidad que interactúa. Correspondería al cuerpo, al esquema corporal y a la recepción y transmisión de estímulos con cierta organización. Ante la crisis de identidad se rompe esta unidad por el cambio físico, el cambio en las sensaciones e impulsos que se expresan con un cierto desorden (polimorfismo) y el cambio de la imagen interna del propio cuerpo.

*Sentimiento de continuidad:* surge de la necesidad del Yo de integrarse en el tiempo: “ser uno mismo a través del tiempo”. Con la adolescencia, se produce una ruptura en la continuidad, no sólo un desarrollo más acelerado. Esto es así por la emergencia de una nueva forma de pensar, en la que lo posible incluye lo real, permitiendo una proyección hacia lo desconocido y distante. El poder pensar a partir de ideas y no sólo sobre objetos concretos, permite el transporte en el tiempo y en el espacio.

*Sentimiento de mismidad:* si bien es un sentimiento que parte de la necesidad de reconocerse a uno mismo en el tiempo (área mente) y en el espacio (área cuerpo), se extiende a otra necesidad: la de ser reconocido por los demás.

Para llegar a entender el significado real de la adolescencia es necesario conocer el contexto psicosocial en el cual está situada. Cuanto más rígida y

estratificada sea la cultura en la que tenga lugar, más honda será la crisis existencial del adolescente. (Ronchetti, 1995)<sup>66</sup>

En su búsqueda de identidad el adolescente recurre a las situaciones que se presentan como más favorables en el momento. Una de ellas es la de la uniformidad, que brinda seguridad y estima personal; de ahí que se explica el proceso grupal de que participan los adolescentes.

El “espíritu de grupo” como atenuante de la soledad y un medio para desarrollarse; es un espacio donde se produce un proceso de sobreidentificación masiva: todos se identifican con cada uno. Es el grupo el que establece la moda, las costumbres, los valores a seguir, los intereses que mueven sus conductas. El adolescente encuentra un refuerzo necesario para los aspectos cambiantes de su personalidad, el grupo lo ayuda a diferenciarse de su familia y de su Yo infantil. Así los pares adquieren una importancia trascendental. (Ronchetti, 1995)<sup>67</sup>

El grupo de pares constituye un grupo de referencia de gran importancia para los adolescentes. Con ellos adquieren una visión distinta del mundo a la que reciben de sus padres y de la misma escuela. En el grupo de pares se sienten protegidos, entendidos y como parte importante de algo. Son un elemento importante tanto para su desarrollo psicológico como social. (Becoña Iglesias, 2002)<sup>68</sup>. Por ello, fortaleciendo el desarrollo de aspectos psicorrelacionales, se fortalecen las capacidades para hacer frente a estos cambios.

---

<sup>66</sup> Ronchetti, M. (1995). Adolescencia. En: *Drogodependencia, su prevención*. (p.71).Bs. As: GA, Ed.

<sup>67</sup> Ronchetti, M. (1995) *Op. Cit.* p.72

<sup>68</sup> Becoña Iglesias, E. (2002) *Op. Cit.*

### 3. Prevención de drogodependencia en la Adolescencia

Si la prevención se orienta fundamentalmente al periodo adolescente es necesario tener un adecuado conocimiento sobre esta etapa del desarrollo. Existen tres espacios claves para el crecimiento y desarrollo saludable: el primero es el *útero materno*, que brinda condiciones biológicas y de vínculo afectivo. Primer indicador de riesgo: cuidados o no prenatales. El segundo espacio está constituido por la *familia*. El indicador de riesgo en este espacio esta dado por el insuficiente desempeño de roles y disfuncionalidad que lleva a la vulnerabilidad. El tercer espacio lo brinda la *escuela*, en ella es donde los jóvenes deberían apropiarse del saber básico que le permita sostener el proceso de producción permanente de conocimiento. (Roldan, 2003)<sup>69</sup>

El Yo adolescente es frágil e inmaduro psicoafectivamente, cuando se encuentra insatisfecho, no tiene la capacidad de elegir los objetos apropiados para satisfacer sus necesidades. La droga entonces pasa a ser un “objeto finalidad”, el proceso psicológico que prevalece es la *asimilación*; no existe la acomodación, el adolescente siente que el mundo es hostil, prefiere ignorarlo y es ahí donde la droga le proporciona al principio una sensación de éxito, una falsa adaptación invadiéndolo hasta llegar a ser “Yo = droga”. (Sarkissian, 2009.)<sup>70</sup>

La adolescencia es el periodo de resolución del proceso simbiótico, separación del grupo familiar y del enfrentamiento con el mundo externo. Si posee un Yo débil, va a necesitar una fuerza extra para cumplir con este desafío, y si tanto la familia como la sociedad le muestran que las drogas son el equivalente del *combustible* adecuado para enfrentar las exigencias de la vida, él podrá poner en marcha la experiencia tóxica. (E.I. Cable a Tierra, 2001)<sup>71</sup>

---

<sup>69</sup> Roldán, C. (2003). Abusos de sustancias, propuestas preventivas, detección precoz y abordaje terapéutico. *Archivo argentino de pediatría*, 101,6. Consultada el 03 de setiembre de 2009 en <http://infoadicciones.net>

<sup>70</sup> Sarkissian, A. (2009). Los aspectos psicológicos. *Rev. Hablemos*, 25, 27-28. Bs.As.: SEDRONAR

<sup>71</sup> Equipo Interdisciplinario Cable a Tierra. (2001). *Manual para Operadores Terapéuticos*. (Cap. II) Mendoza: Canto Rodado.

Se describe como una etapa de riesgo o de mayor vulnerabilidad al consumo de drogas. La inestabilidad que experimentan los adolescentes, muchas veces expresa la dificultad para adaptarse a los cambios y exigencias, lo que los puede llevar a consumir sustancias como una manera de superar o manejar aparentemente dichas situaciones. Así, la droga puede resultar funcional a la satisfacción de las necesidades propias de esta etapa del desarrollo. Que el consumo se mantenga y se transforme en adicción, va a depender de las capacidades y características del propio adolescente, de la manera de enfrentar y resolver estas situaciones problemáticas por parte de los padres y de la red social de apoyo con que cuente la familia. (SEDRONAR, 2006)<sup>72</sup>

También es necesario considerar que, actualmente, la mayor disponibilidad, oferta y fácil acceso a diferentes drogas representa un aspecto o variable más a considerar en la vulnerabilidad de esta etapa.

Si hay disponibilidad de drogas, si es fácil el acceso a ellas y hay presión del medio para que consuma, es muy probable que el adolescente pruebe alguna sustancia como una etapa exploratoria, y luego la deje. Si el adolescente que experimenta con el uso de drogas además presenta algunos problemas personales (trastornos emocionales, inseguridad, bajo rendimiento escolar, baja tolerancia a la frustración, entre otros) o familiares (pertenecer a una familia poco protectora caracterizada por escasa comunicación, disciplina muy rígida o inconsistente, poco expresivas en sus afectos, entre otros), las probabilidades que mantenga el consumo son altas. (SEDRONAR, 2006)<sup>73</sup>

Disponibilidad de drogas + presión grupal = **inicio de consumo**  
Inicio de consumo + problema psicosocial = **permanencia en el consumo**

<sup>72</sup> SEDRONAR (2006). *Quiero ser*. (p.105). Bs. As. Disponible en [www.sedronar.gov.ar](http://www.sedronar.gov.ar)

<sup>73</sup> *Op.Cit.* (p.106)

En esta etapa el tabaco y el alcohol son unas de las principales drogas de inicio. La gran mayoría de los consumidores de tabaco que hay el mundo adquirieron el hábito en su adolescencia. Se estima en unos 150 millones los jóvenes que consumen tabaco actualmente, y esa cifra está aumentando a nivel mundial, especialmente entre las mujeres jóvenes. El uso nocivo del alcohol entre los jóvenes reduce el autocontrol y aumenta las conductas de riesgo. Es una causa fundamental de traumatismos (en particular de los causados por el tránsito), violencia (especialmente violencia doméstica) y muertes prematuras. La prohibición de la publicidad del alcohol y la regulación del acceso al mismo son estrategias que reducen eficazmente su consumo entre los jóvenes. Las intervenciones breves de asesoramiento y apoyo ante los casos de consumo de alcohol pueden ayudar a reducir el uso nocivo del mismo (OMS; 2010)<sup>74</sup>

El alcohol se ha convertido en Argentina en los últimos años en uno de los problemas más graves que afecta a jóvenes y adolescentes, tanto por el número cada vez mayor de personas que consumen, como por la forma en que lo hacen. Son los 13 años la edad promedio en que comienzan a consumir. (SEDRONAR, 2006)<sup>75</sup>.

---

<sup>74</sup> OMS (2010) *Riesgos para la salud de los jóvenes*. Nota descriptiva n° 345 Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html> (consultada el 22/09/ 2010)

<sup>75</sup> SEDRONAR (2006) *Op. Cit.*

## **OBJETIVOS**

## **OBJETIVOS**

### *Objetivos Generales:*

Diseñar un Programa Preventivo Integral de hábitos para la vida en el marco de la promoción de la salud de los jóvenes del departamento de Luján de Cuyo, Mendoza.

Analizar los resultados del Programa Regional Preventivo en adicciones de alumnos de séptimo año de la EGBIII del departamento de Luján de Cuyo, Mendoza.

### *Objetivos Específicos:*

Profundizar en las opiniones y pautas de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en alumnos de séptimo año de escuelas públicas del Departamento de Luján de Cuyo.

Reconocer los referentes significativos (familiares, docentes, etc.) de los alumnos en relación al cuidado y acompañamiento frente a situaciones problemáticas y/o de toma de decisión.

Generar estrategias de prevención y hábitos saludables en el ámbito escolar a través de talleres de sensibilización sobre la temática de las adicciones.



## **MARCO METODOLÓGICO**

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **1. Material**

En el presente trabajo, las fuentes de información que se utilizarán son las siguientes:

- *Rastreo bibliográfico*: recolección de material bibliográfico de los contenidos temáticos y conceptuales que dan marco a la investigación.

- *Análisis de datos*: obtenidos a partir de la administración del Cuestionario Co.Ri.N (Conductas de Riesgo en Niños) a alumnos de 7 año de 30 escuelas públicas del departamento de Luján de Cuyo.

- *Descripción* de los talleres elaborados e implementados por el Equipo del área de Prevención de la Cooperativa de Trabajo “Cable a Tierra”, de la cual formo parte.

### **2. Método**

La investigación que se llevará a cabo es de tipo **Cualitativa**. Siguiendo a Hernández Sampieri (2006), *“posee fases que no tienen un principio y un final claramente delimitados, sino que se superponen y se mezclan unas con otras. Los datos cualitativos encierran un contenido informativo, soporta una información acerca de la realidad interna o externa a los sujetos estudiados”*.

El tipo de estudio será **Descriptivo**. Éste consiste en *“describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Es decir miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar”* (Sampieri, 2006).

Es un estudio no experimental, ya que no se manipularán variables y es un diseño transversal, ya que los datos han sido recolectados en un momento determinado.

### **3. Instrumento de Recolección de Datos**

El instrumento de recolección de datos será el **cuestionario**, que consiste en un “*conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir*” (Sampieri, 2006).

El cuestionario utilizado en esta investigación es el **cuestionario Co.Ri.N** (Miguez, 2006)<sup>76</sup>, compuesto por 37 preguntas acerca de pautas de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Consiste en la apertura de una ventana epidemiológica educativa, cuyo objetivo es conocer actitudes, valores y creencias, además de obtener datos estadísticos acerca de la prevalencia del abuso en el consumo de las sustancias antes mencionadas.

El cuestionario Co.Ri.N ha sido elaborado en el Centro de Estudios Locales (CEL), creado por el Licenciado Hugo Miguez; investigador del CONICET. Miguez presenta cuestionarios específicos para dos grupos diferenciados: El cuestionario denominado **Co.Ri.N**, para ser realizado en jóvenes de 8º y 9º año de la EGBIII (12 a 15 años de edad); y el cuestionario denominado **Co.Ra.L**, para jóvenes de 1º y 2º año de Polimodal (16 a 18 años).

*Co.Ri.N.* es un cuestionario estandarizado y de preguntas de tipo cerrado. El método de recolección: *auto administrado* y *anónimo*. El tiempo de respuesta total esperado es de aproximadamente 15 a 20 minutos. (El cuestionario se presenta en el anexo II).

En esta investigación el lugar de administración son las aulas escolares.

---

<sup>76</sup> Miguez, H. (2006). *Sonda epidemiológica sobre Conductas de riesgo en niños. (Co.Ri.N)*. Bs. As: CEL. Disponible en: [http:// www.sada.gba.gov.ar](http://www.sada.gba.gov.ar)

También se tendrá en consideración, como instrumento de recolección de datos, la descripción de las experiencias de los talleres realizados, se presentarán los temas y objetivos trabajados en cada taller y la descripción de las experiencias compartidas en los mismos.

#### **4. Unidad de Análisis - Procedimiento**

La *unidad de análisis* responde a un total de **614 alumnos** de un total de 30 escuelas públicas. La muestra es no probabilística dado que el criterio de selección se llevó a cabo por cada supervisor de la Dirección General de Escuelas, de las diferentes zonas del departamento de Luján de Cuyo, seleccionando a aquellas comunidades educativas que, en su momento, se las consideró más vulnerables a la problemática adictiva.

El convenio de trabajo fue suscripto entre la Cooperativa de Trabajo “Cable a Tierra”<sup>77</sup> y el Área de Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de Luján de Cuyo.

La edad de los alumnos comprende los 11 a 14 años de edad, entre ellos el 49% mujeres y el 51% varones.

El *procedimiento* que se llevará a cabo consistirá en el análisis de los resultados del cuestionario Co.Ri.N. tomados en las 30 escuelas seleccionadas, y la posterior descripción de los Talleres preventivos educacionales elaborados e implementados en las escuelas durante los años 2007 y 2008; valorizando las experiencias de vida de cada uno de los participantes del Programa.

---

<sup>77</sup> Descripción Institucional: Anexo I

## **PRESENTACION Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Durante los meses de agosto a noviembre de 2007 y marzo a noviembre de 2008, se llevó a cabo en 30 escuelas públicas del Departamento de Luján de Cuyo (Provincia de Mendoza) una sonda epidemiológica sobre Conductas de Riesgo en Niños y Niñas en el marco de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

El trabajo realizado estuvo a cargo del Equipo Interdisciplinario del centro de prevención, capacitación y tratamiento en adicciones del cual formo parte: *Cooperativa Cable a Tierra*, en convenio con el Área de Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de Luján.

En primera instancia se seleccionaron las instituciones participantes. Dicha selección se llevó a cabo de la siguiente manera: cada supervisor de la D.G.E. de las diferentes zonas del departamento, junto a los directivos de las escuelas, eligió a aquellas comunidades educativas que consideraron, en su momento, más vulnerables a la problemática adictiva. Entre las características utilizadas para definir el criterio de vulnerabilidad incluyeron: problemática adictiva previa en los alumnos, problemática adictiva familiar, grupos con alto grado de repitencia, entre otros; además se propuso, desde los profesionales de “Cable a Tierra”, incorporar en la selección a instituciones de los diferentes distritos del departamento, dada su heterogeneidad social, económica y cultural, para analizar las diferencias y similitudes existentes con relación al inicio o no de consumo de sustancias.

Quedaron seleccionadas 30 escuelas públicas, ubicadas en 10 de los 13 distritos que conforman el departamento. Ellos son: Carrodilla, Mayor Drummond, Chacras de Coria, Ciudad, Perdriel, Agrelo, Ugarteche, Potrerillos (Las Vegas y El Salto), Vistalba y Las Compuertas.

Se considera importante resaltar algunas características significativas para comprender la heterogeneidad del departamento en el que se llevó a cabo el trabajo, dado que estas inciden en la diversidad de sus pobladores: familias y comunidades educativas de los alumnos que conformaron la unidad de análisis.

El Departamento de Luján de Cuyo se sitúa al centro – oeste y norte de la provincia de Mendoza, posee una extensión de 4847km<sup>2</sup>, en sentido oeste - este. Sus límites son: al norte con el departamento de Las Heras, Godoy Cruz y Maipú; al oeste con la república de Chile; al sur con el departamento de Tupungato; y al este con Junín y Rivadavia (Corbalán, E. y otros; 2001).

Actualmente la población es muy heterogénea en cuanto a la situación económica (estratificación social). En varios de los distritos mencionados (primordialmente en Ciudad, Perdriel y Agrelo) se observa escasez de oportunidades laborales o altos índices de desocupación e ingresos mensuales por debajo de la media provincial. También encontramos distritos como Ugarteche, en el que la mayor parte de sus habitantes son de origen boliviano, o descendientes de los mismos y cuya actividad principal corresponde a actividades agrícolas como peones o dueños de pequeñas chacras.

Las escuelas ubicadas en las villas de Potrerillos (Villa de Potrerillos, Las Vegas y El Salto) se destacan por su ubicación geográfica: situadas en el corazón de la Cordillera frontal de Los Andes, al pie del *Cordón del Plata*. También se destacan Perdriel y Agrelo por su ubicación en zona rural, rodeadas sus escuelas con chacras y viñedos.

## 1. Proyecto preventivo educacional: Objetivos y Acciones

Los **objetivos** propuestos en el proyecto preventivo fueron los siguientes:

- Informar y sensibilizar a la comunidad educativa de Luján de Cuyo sobre la prevención en adicciones.
- Conocer opiniones y pautas de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los jóvenes de las escuelas seleccionadas para generar respuestas adecuadas a la realidad en la que están insertos.
- Realizar tareas educativas tendientes a que los jóvenes puedan tomar decisiones responsables sobre su salud.
- Fortalecer factores de protección asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
- Evitar riesgos asociados al consumo de alcohol.
- Promover la no iniciación en el consumo de tabaco.

Las *acciones* propuestas comenzaron con el trabajo de investigación a través de la recolección de datos del cuestionario Co.Ri.N., y su posterior tabulación. Luego, se llevaron a cabo los talleres de sensibilización e información en adicciones. Como cierre se realizaron actos de finalización de año con las comunidades educativas participantes y autoridades del Municipio.

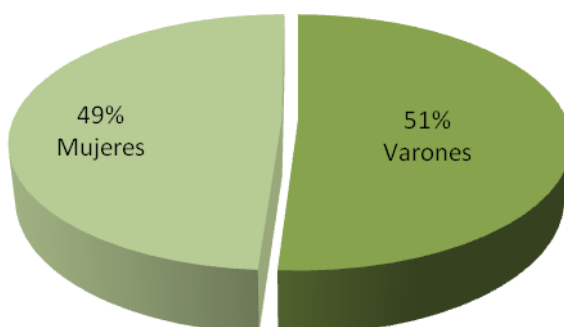
A continuación se presentan los gráficos, y su correspondiente análisis, de las preguntas del cuestionario que consideramos más significativas para la elaboración del programa preventivo a través de talleres con alumnos, docentes y familiares.

Los datos correspondientes a 614 cuestionarios Co.Ri.N se encuentran en el anexo III.

## 2. Presentación de los Resultados

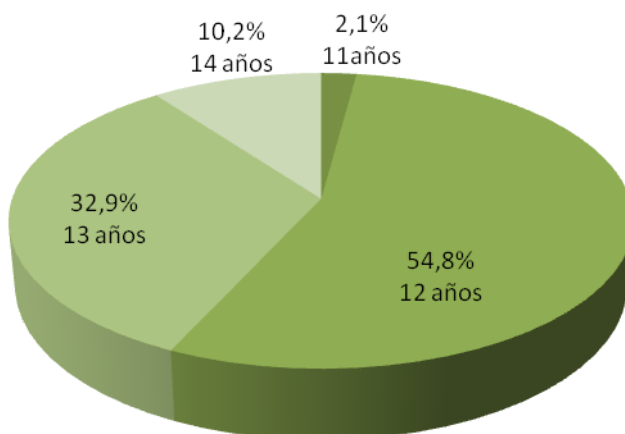
### ▪ *Caracterización de la muestra*

Respondieron a la encuesta un total de 614 alumnos. El siguiente gráfico demuestra en porcentajes la cantidad discriminada por sexo.



1. Gráfico correspondiente a porcentajes según Sexo de los encuestados

La toma del cuestionario se realizó en los séptimos años de la EGB III, sin embargo las edades de los mismos son variadas. El 2,1% de los alumnos tienen **11** años; el 54,8% **12** años; mientras que el 32,9% de los alumnos tiene **13** años y solo el 10,2% **14** años. Esto se observa en el siguiente gráfico:



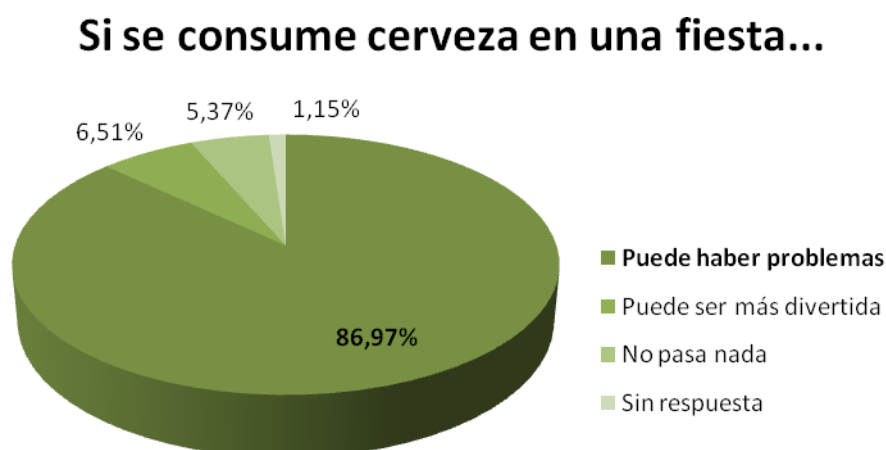
2. Gráfico correspondiente a porcentaje de Edades de los encuestados



El cuestionario ahonda en las pautas de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. A continuación se expondrán los gráficos correspondientes a las preguntas más significativas de cada droga.

▪ ***Análisis de los resultados en relación al consumo de alcohol.***

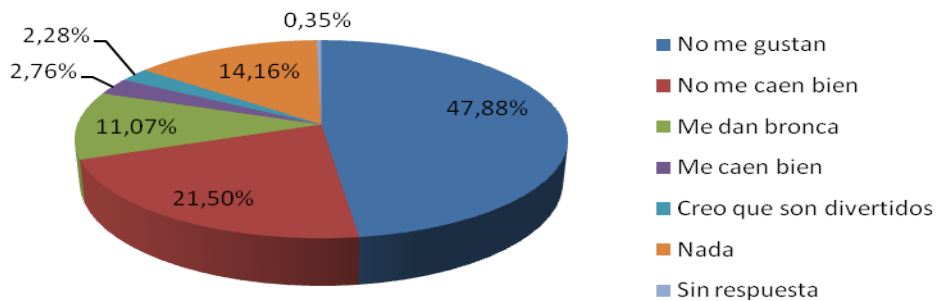
En el gráfico siguiente se observa el porcentaje de las respuestas de los alumnos respecto de qué consideran que sucedería en una fiesta de chicos de entre 11 a 14 años en la que se consumiera cerveza.



3. Gráfico correspondiente a la percepción de los encuestados frente a peligros y consumo

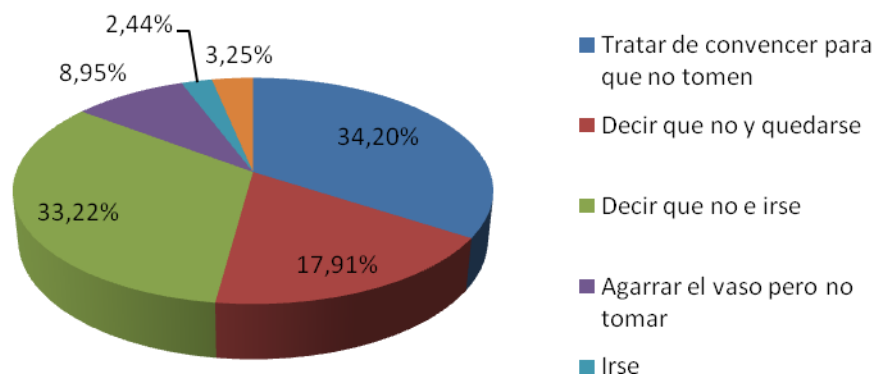
Cuando se les preguntó qué opinaban respecto de los chicos que suelen emborracharse: el 47,88% de los 614 alumnos consideró que no le gustan; el 21,50% que no les cae bien; y sólo el 2,28% considera que son divertidos.

### Los chicos que se emborrachan...



4. Gráfico de Apreciación personal del consumo abusivo de alcohol

### ¿Qué debe hacer un chico que no toma cerveza si le ofrecen?



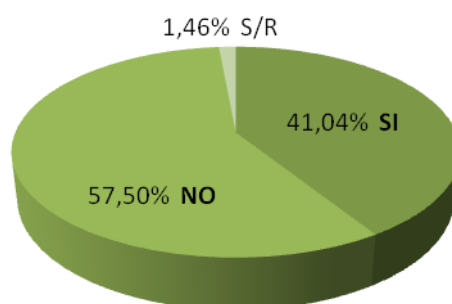
5. Gráfico de porcentajes en la Toma de decisión frente a la oferta de alcohol

El gráfico anterior nos muestra que el 33,22% de los encuestados considera que debe decir que no amablemente e irse de una fiesta si sus amigos lo invitan a tomar cerveza; el 17,91% considera que corresponde decir que no y quedarse a disfrutar; y sólo el 8,95% aceptaría sostener el vaso de bebida alcohólica pero sin tomar.

Del total de 614 alumnos: 353 afirmaron nunca haberlo probado bebidas alcohólicas; 252 afirman haber probado alcohol alguna vez, de los cuales el 26,71% afirmó haber consumido en los últimos 12 meses.

Los lugares de consumo identificados en un total de 126 alumnos que consumieron en los últimos días (últimos 30 días a la toma del cuestionario): el 37,44% afirma haberlo hecho con amigos en una fiesta; el 45,81% en su casa; el 13,21% con amigos en otros lugares; y sólo el 3,54% afirma haber consumido alcohol estando sólo y fuera de su casa.

### ¿Has probado alguna vez bebidas alcohólicas?



6. Gráfico de porcentajes de encuestados que han consumido alcohol

Se puede observar en los gráficos que la mayor parte de los alumnos que participaron del cuestionario relacionan el consumo abusivo de alcohol con problemas en las relaciones entre pares, *“en una fiesta puede haber problemas”*, aseveran que no les gustan los chicos que se emborrachan, sin embargo 252 alumnos de los encuestados afirmaron que han probado bebidas alcohólicas, consumiendo el 26,71% dentro de los últimos 12 meses a la toma del cuestionario.

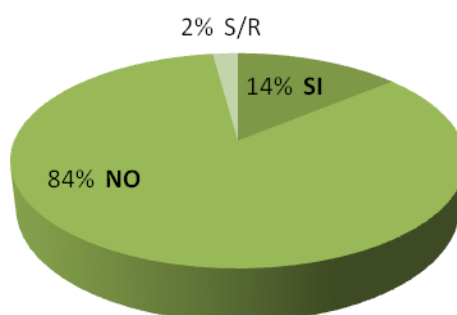
Actualmente muchos jóvenes no consumen alcohol a diario, pero sí en grandes cantidades durante fiestas y los fines de semana, tener en conocimiento que el 41% de los alumnos de entre 11 a 14 años de edad ya han

probado bebidas alcohólicas es un dato importante para considerarlo como uno de los temas prioritarios en el desarrollo de los talleres.

- ***A continuación se analizarán los resultados en relación al consumo de Tabaco:***

El siguiente gráfico nos muestra el total de alumnos encuestados que afirman haber consumido cigarrillos de tabaco alguna vez.

### **¿Alguna vez fumaste cigarrillos de tabaco?**



7. Gráfico correspondiente a porcentajes de encuestados que han fumado cigarrillos de tabaco

De los alumnos que contestaron haber consumido tabaco, sólo el 2,6% afirma haber fumado en los últimos 12 meses y el 3,6% en los últimos 30 días a la toma del cuestionario.

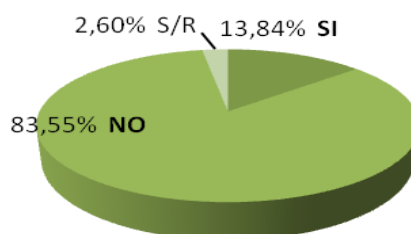
Este dato nos informa que es menor el porcentaje de alumnos que han consumido o consumen cigarrillos de tabaco al momento de la toma del cuestionario, sin embargo, es importante tener en consideración que el 14 % de los alumnos han probado tabaco en la edad que comprende los 11 a 14 años de edad, siendo este dato importante para fortalecer los factores protectores ante la no iniciación tabáquica y el cuidado y respeto de los ambientes libres de humo.

La importancia de la promoción a la no iniciación tabáquica tiene sustento en varios estudios<sup>78</sup> que afirman que los niños se hacen más dependientes de la nicotina, más fácilmente que los adultos y con cantidades de tabaco bajas (dos cigarrillos de tabaco por día durante 4 a 6 semanas), siendo mayor la probabilidad de llegar a ser fumadores regulares en tanto menor es la edad de inicio, y que este consumo puede aumentar el riesgo de dependencia de otras sustancias.

▪ **Resultados en relación al consumo de Otras drogas**

El gráfico siguiente nos muestra que 513 alumnos de los 614 encuestados contestaron que nunca les ofrecieron drogas, sólo 85 afirma que alguna vez le ofrecieron drogas, y 16 no dieron respuesta.

**¿Alguna vez te ofrecieron drogas?**

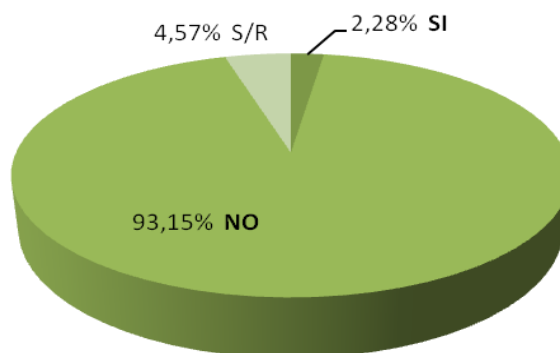


8. Gráfico de porcentajes de encuestados a los que les han ofrecido drogas

A continuación podemos observar que el 93,15% de los alumnos a los que se les ofreció marihuana, pastillas, inhalantes, y/o cocaína afirman **no** haber probado alguna de esas drogas. Sin embargo, del 2,28% que **sí** probó: el 38,46% respondió que fue marihuana; el 23,09% pastillas; el 15,38% inhalantes; sólo el 7,69% afirma haber probado cocaína.

<sup>78</sup> Estudios de Di Franza, 2002. Citado por Precioso, J y Macedo, M. (2003) *La contribución de los programas de influencia psicosocial*. En Revista Adicciones, 2003 vol.15, 4. (p.370). Disponible en: <http://www.infoadicciones.net> (consultada el 03/09/09)

### ¿Probaste alguna de las drogas mencionadas?

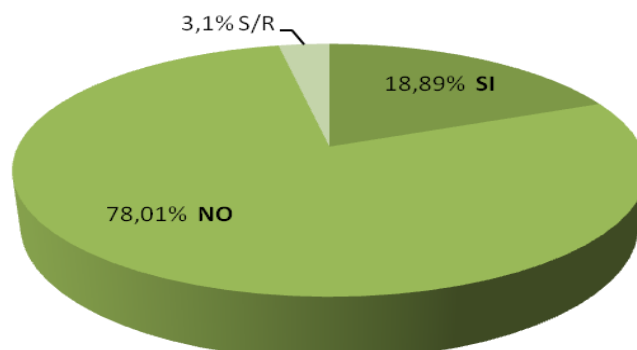


9. Grafico correspondiente a porcentajes de encuestados que alguna vez han probado drogas

En los gráficos siguientes se observa que el 78% afirma no tener amigos que consumen drogas, sólo el 18,89% sí tiene amigos que consumen.

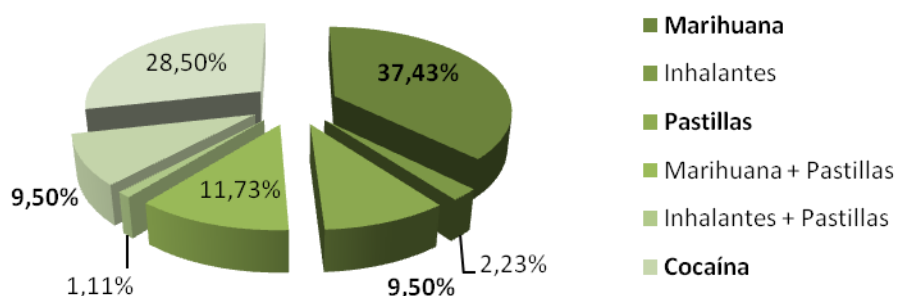
De éstos últimos, un 37,43% afirmaron que la droga que con mayor frecuencia se consume entre el grupo de amigos es solamente marihuana; sólo pastillas y cocaína en un 9,50% respectivamente. Un 11,73% respondió que se consume marihuana y pastillas; y un 2,23% inhalantes.

### ¿En el grupo de tus amigos alguno consume drogas?



10. Grafico correspondiente al porcentaje de encuestados que tienen amigos que consumen sustancias psicoactivas

## ¿Cuál es la droga que se consume con más frecuencia en el grupo de tus amigos?



11. Gráfico correspondiente al porcentaje de sustancias que mayormente se consumen en los grupos de amigos de los encuestados

Los datos obtenidos en los gráficos anteriores nos indican que es mayor el porcentaje de alumnos encuestados a los que no se les ofreciera algún tipo de droga. Sin embargo, de los alumnos que afirmaron que sí se les ofreció, indican que la marihuana es la droga de mayor consumo, siendo las pastillas y los inhalantes los que continúan a esta.

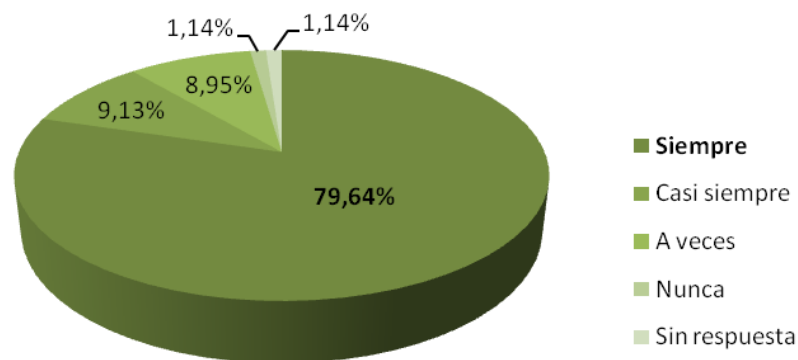
Un porcentaje bajo del total de los alumnos afirma que probó alguna vez alguna de las drogas mencionada y este dato no debe desestimarse. Resulta importante tener en cuenta que el 18% de los alumnos afirma tener amigos que consumen drogas; se puede pensar que estos jóvenes van a enfrentarse a ofertas de consumo procedentes de su entorno habitual en el corto plazo.

- **Importancia de los Referentes personales**

En relación a los referentes personales se observa que casi el 80% de los encuestados consideran que la familia es un referente de sostén ante situaciones problemáticas.

Esto nos indica la importancia de considerar a la familia como principal agente preventor y promotor de conductas saludables y de factores protectores en niños, niñas y adolescentes.

### **¿Vos sentís que tu familia te apoya cuando estás en problemas?**

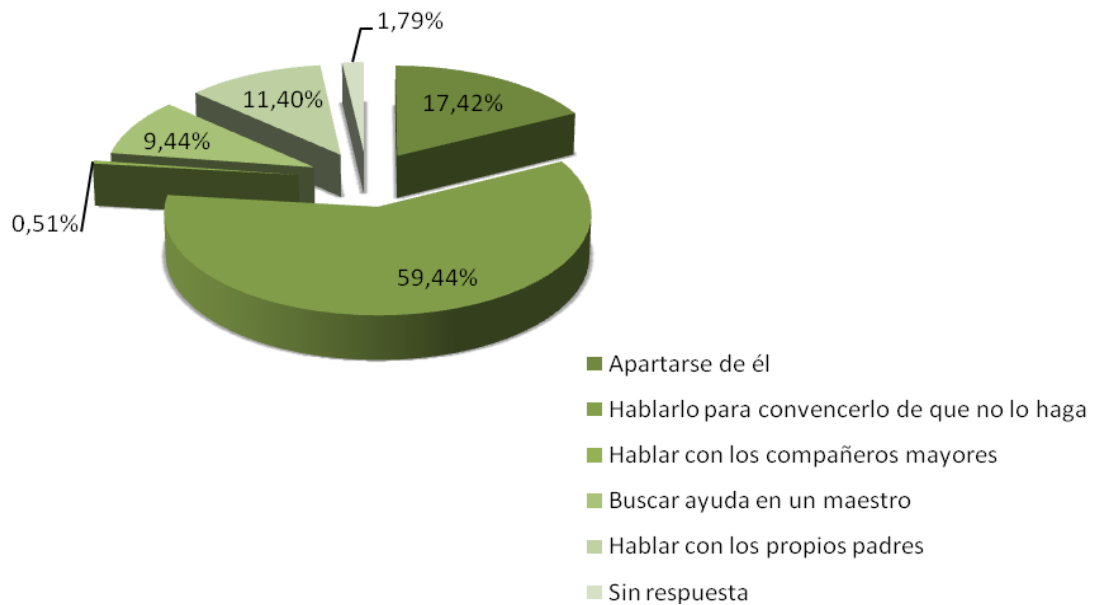


12. Gráfico correspondiente a la percepción de los encuestados en relación al sostén familiar ante situaciones problemáticas

En el siguiente gráfico se puede observar que casi el 60% considera que deben hablarle a un chico que está usando drogas para que no siga haciéndolo; el 11,40% considera que debe hablarlo con los padres; el 9,44% buscaría ayuda con un maestro; el 17,42% se apartaría de ese chico; mientras que la minoría considera que debería hablarlo con compañeros mayores de edad.



**Tus compañeros han descubierto que uno del grupo está consumiendo drogas:  
¿Qué deberían hacer?**



13. Gráfico de porcentajes de la toma de decisión en situaciones de oferta de drogas

En el relevamiento realizado, el 82% de chicos rechaza la invitación a beber. La mayoría manifestó resistencia activa hacia aquellos jóvenes que abusivamente consumen alcohol.

Respecto a la presión grupal que pueden ejercer compañeros de su edad, solo el 9% de los encuestados afirmaron ceder ante ella, teniendo en cuenta que en general la actitud de rechazo encuentra un alto respaldo familiar: menos del 3% de los chicos piensa que a su familia le daría risa ver a alguien embriagado en su casa. Más del 70% considera que les daría vergüenza y/o bronca.

El cuestionario evidencia que el 41% de los alumnos encuestados han probado alguna vez una bebida alcohólica, un 26,71% lo hizo en los últimos doce meses y sólo un 12,37% tomó en los 30 días anteriores a la toma del cuestionario.

Con respecto a las drogas ilícitas (marihuana, cocaína, inhalantes, etc.) el rechazo al consumo es más intenso. Ante el hipotético caso de empleo de sustancias psicoactivas por parte de un compañero, más del 50% intentaría convencerlo para que no siga utilizándola, sólo un 17 % se alejaría sin intentar hacer algo al respecto.

El cuestionario también ofrece datos sobre la cantidad de chicos a quienes se les ofreció en alguna oportunidad sustancias ilícitas, obteniendo que un 83% refirió que no le habían ofrecido drogas y sólo el 14% recibió un ofrecimiento. De estos últimos, un 3% aceptó probar ante la oferta, en particular marihuana y/o pastillas. Recientemente, en los últimos 30 días a la toma del cuestionario, sólo un 2% afirmó haber vuelto a probar marihuana y/o pastillas.

El 18% de los chicos dice tener amigos que consumen drogas, en mayor frecuencia marihuana, en menor frecuencia pastillas y cocaína, y sólo un 2% inhalantes.

Frente a situaciones de estrés familiar las soluciones “farmacológicas” o evasivas son tenidas en cuenta por un 3% de los encuestados. La mayoría busca ayuda en otros adultos o él mismo actúa como contención.

La relación familiar es clave, mayoritariamente sienten apoyo y comprensión en sus referentes familiares. La madre es la figura de contención por excelencia: casi el 50% de los alumnos opta hablar con ella ante una situación conflictiva y/o importante. Las figuras referentes de menor presencia ante situaciones problemáticas son abuelos, docentes y sacerdotes.

En lo que se refiere al consumo de cigarrillos de tabaco entre los alumnos encuestados, el 14% afirma que fumó alguna vez; un 6% lo hizo en los últimos 12 meses y sólo un 3,5% recientemente (en los últimos 30 días a la toma del cuestionario).

Los gráficos anteriores confirman que la familia es para los jóvenes el actor principal en la transmisión de valores y modelo de identificación en el desarrollo; los lazos parentales para los niños aluden a la confianza, seguridad y disminución de posibles situaciones de consumo. Que sean los familiares el sostén ante situaciones problemáticas o conflictivas, fortalece el rol de la familia como agente sociabilizador y preventor.

La prevención familiar es fundamental en la temática de las adicciones. No se puede separar el trabajo con alumnos del realizado con los padres. En las acciones preventivas la familia y referentes más cercanos son protagonistas indispensables, por eso a padres y educadores se los debe acompañar en el desafío de la educación para la salud y fortalecimiento de factores protectores.

### 3. Diseño del programa preventivo: Presentación de los Talleres

Una vez administrado el cuestionario y tabulados los resultados, se llevaron a cabo los talleres con alumnos, padres y docentes de cada institución educativa.

Se utilizó la modalidad de “Taller”, dado que este formato de trabajo se caracteriza por tener una fuerte predominancia de los contenidos procedimentales en calidad de contenidos organizadores, y los contenidos conceptuales y actitudinales le sirven de soporte<sup>79</sup>. Es una modalidad que permite integrar teoría y práctica, afectos, reflexión y acción; articulando lo individual y lo grupal comprendiendo que los verdaderos protagonistas son docentes y alumnos (y familiares en este caso).

A partir de los datos obtenidos en los cuestionarios y de las demandas presentadas por los docentes de las diferentes comunidades educativas, se propuso llevar a cabo el siguiente esquema de trabajo:

En cada institución se realizaron: (vale a aclarar que más adelante, se describe cada taller: sus objetivos, contenidos temáticos y recursos didácticos utilizados)

- 3 talleres con los alumnos de cada curso.
- 1 taller con los docentes de los alumnos y directivos de la institución.
- 1 taller con los padres y familiares de los alumnos.

Al finalizar cada ciclo de talleres los alumnos, a través de trabajos grupales, elaboraron un producto creativo que consistió en la creación de afiches y/o grafittis relacionados con la prevención de alcohol y tabaco. Dichos productos creativos fueron expuestos en los actos de cierre de la campaña preventiva, en la que participaron representantes de todas las escuelas que formaron parte de la propuesta.

---

<sup>79</sup> Pérez, R. (2004). *Consideraciones conceptuales acerca de la Metodología de taller*. Documento de cátedra Psicología Comunitaria (no publicado). Mendoza: UDA.

El trabajo realizado con los padres consistió principalmente en la devolución de la experiencia llevada a cabo con sus hijos y respuesta a las dudas sobre la temática (factores de riesgo y de protección, tipos de conducta adictiva, signos de consumo, etc.).

Con los docentes y directivos se trabajó con un material preparado por el equipo interdisciplinario de “Cable a Tierra”, en el que se exponen conceptos básicos relacionados a la temática y rol del docente frente a la detección de uso y/o abuso de sustancia por parte de los alumnos.

Se tuvo en consideración que en algunas escuelas en las que se llevó a cabo el trabajo de prevención, los docentes y directivos conocían el material otorgado por SE.DRO.NAR “*Quiero Ser*”, programa de prevención en adicciones para alumnos de la EGBII y EGBIII. Docentes de los quintos años habían recibido la capacitación en la temática de adicciones e implementado las técnicas propuestas por SE.DRO.NAR; por ello se decidió efectuar las acciones preventivas en los séptimos años.

Se decidió trabajar con alumnos para generar un mayor desarrollo del pensamiento crítico y posibles acciones frente a la presión grupal en la invitación al inicio al consumo de sustancias.

Los talleres para padres y docentes permitieron multiplicar las acciones preventivas y brindar herramientas para potenciar factores protectores y disminuir los de riesgo.

## **Talleres con Alumnos**

Los talleres desarrollados en cada aula tuvieron una duración de un módulo. Se utilizó en los tres talleres material didáctico como: artículos de revistas, técnicas participativas, juegos, afiches, audiovisuales, publicidades gráficas, etc. ya que éstos cumplen un objetivo importante en la capacitación: captan la atención de los alumnos; facilitan el interés por los contenidos temáticos; poniendo en valor los aprendizajes previos y por lo tanto motivando a que el aprendizaje sea significativo. Ayudan por lo tanto, a que los alumnos puedan aprehender los conceptos e implementarlos en acciones futuras.

En cada taller, luego del “motivador didáctico” utilizado, se motivó al grupo a relacionar los contenidos con las experiencias personales, vivencias grupales, familiares y educativas. Cada participante de esta manera pudo expresar sus opiniones y creencias sobre la temática del taller.

Luego, en plenario, cada profesional reforzó los conceptos positivos expresados por los alumnos aclarando dudas, mitos y conceptos erróneos. Se trabajó en modalidad grupal las posibles acciones y alternativas de solución para contribuir al problema planteado y analizado.

Los contenidos temáticos desarrollados en cada taller fueron seleccionados luego del análisis de los resultados del cuestionario. Se priorizó trabajar con los conceptos básicos, causas y consecuencias del uso indebido de drogas, teniendo en cuenta que en los cuestionarios los alumnos manifestaron tener acceso a la oferta de sustancias psicoactivas; los talleres de alcohol y tabaco se tomaron como temas centrales en el trabajo con los alumnos, teniendo en cuenta que tanto el alcohol como la nicotina son las drogas consideradas de *rito iniciático* y consumidas desde edades muy tempranas.

Trabajar con los alumnos posibilita fortalecer las relaciones entre pares, desarrollar conocimientos prácticos y adecuados a la situación socio cultural de cada comunidad, implica mejorar la comunicación, realzar las relaciones positivas entre pares y alumnos – docentes, e intensifica la puesta en práctica de técnicas de resistencia ante la oferta de drogas.

Realizar talleres con padres y docentes posibilita el fortalecimiento de pautas de protección y vínculo entre la escuela como comunidad educadora y preventora, y la familia como principal agente sociabilizador y modelo de identificación de los niños y adolescentes.

A continuación se presentan los cuadros con los contenidos temáticos correspondientes a cada taller:

<b>CONCEPTOS BÁSICOS</b>	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprender las causas y consecuencias del uso indebido de drogas.</li> <li>- Fomentar la responsabilidad sobre la decisión de no consumo.</li> </ul>
<b>Contenidos Temáticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conceptos Básicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Droga</li> <li>Adicción</li> <li>Uso</li> <li>Abuso</li> <li>Dependencia</li> </ul> </li> <li>▪ Drogas legales e ilegales</li> <li>▪ Drogas aceptadas por nuestra cultura - No aceptadas</li> <li>▪ Ciclo de la dependencia</li> <li>▪ Formas de consumo: <ul style="list-style-type: none"> <li>Experimental</li> <li>Ocasional</li> <li>Habitual</li> <li>Compulsiva</li> </ul> </li> <li>▪ ¿Qué hacer cuando un amigo ha consumido drogas?</li> </ul>
<b>Recursos didácticos</b>	<p>Afiches y marcadores</p> <p>Técnica “torbellino de ideas”</p> <p>Técnicas “resistencia a las presiones”</p>



<b>ALCOHOL</b>	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar sobre las causas y peligros potenciales del uso y abuso de alcohol.</li> <li>- Reflexionar sobre el mensaje real de las publicidades y los riesgos asociados con el alcohol.</li> </ul>
<b>Contenidos Temáticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Concepto de alcohol</li> <li>▪ Recorrido del alcohol por el organismo</li> <li>▪ Daños a corto y largo plazo</li> <li>▪ Efectos sobre el SNC (Sistema Nervioso Central)</li> <li>▪ Tipos de bebedores: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ocasional</li> <li>- Ocasional excesivo</li> <li>- Habitual</li> <li>- Alcohólico</li> </ul> </li> <li>▪ Análisis de publicidades gráficas</li> <li>▪ Riesgos asociados al consumo de alcohol</li> </ul>
<b>Recursos didácticos</b>	<p>Láminas educativas</p> <p>Recortes de revistas</p> <p>Publicidades gráficas</p>

<b>TABACO</b>	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar sobre las causas y consecuencias del consumo de tabaco.</li> <li>- Fomentar la responsabilidad en la decisión de no iniciación en el consumo de tabaco.</li> </ul>
<b>Contenidos Temáticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Concepto de Nicotina.</li> <li>▪ Contenido del Humo del cigarrillo de tabaco.</li> <li>▪ Daños a corto y largo plazo.</li> <li>▪ Efecto sobre el SNC.</li> <li>▪ Criterios que definen al tabaquismo como adicción.</li> <li>▪ Análisis de las publicidades.</li> <li>▪ Factores influyentes en el inicio del tabaquismo.</li> </ul>
<b>Recursos didácticos</b>	<p>Láminas educativas</p> <p>Recortes de revistas</p> <p>Publicidades gráficas</p>

***Descripción de la experiencia:***

La experiencia de trabajo, en el transcurso de los talleres con alumnos, resulto muy enriquecedora dado que la participación fue muy positiva, en su mayoría se encontraban motivados ante las actividades propuesta y la temática de trabajo.

En el desarrollo del primer taller “*Conceptos Básicos*”, se mostraron interesados dado que en su mayoría no conocían claramente los conceptos relacionados a las formas de consumo y la diferenciación entre drogas culturalmente aceptadas y las que no; se mostraron participativos en

ejemplificar situaciones de la vida cotidiana cuando se exponía el ciclo de la dependencia. Lograron identificar algunos factores que predisponen al consumo, como también sus consecuencias.

En su mayoría en este primer taller no hubo distinción de género en cuanto a la participación del tema propuesto a trabajar.

Ante la pregunta *¿qué hacer cuando un amigo ha consumido drogas?* las respuestas fueron escasas. En su mayoría, afirmaron: “avisarle a los padres”, sin embargo en la observación de los gestos y rostros de asombro ante la pregunta, no pudieron definir claramente qué acciones llevarían a cabo.

En el desarrollo de los otros talleres: *Alcohol – Tabaco* la participación fue mayor, los alumnos esperaban el inicio de los talleres y algunos aportaron preguntas para debatir en el taller.

Presentaron interés en la descripción del recorrido del alcohol por el organismo, identificaron claramente los daños a largo plazo sin embargo, presentaron dificultades en definir y/o identificar los daños producidos por el alcohol a corto plazo. El único efecto que reconocieron fue el de riesgos asociados a accidentes de tránsito y peleas callejeras.

Muchos de los alumnos reconocieron y compartieron en el grupo de compañeros experiencias vividas en la familia en relación al consumo abusivo de alcohol en algún familiar cercano (padres, hermanos, tíos).

En el trabajo con las publicidades gráficas hubo dos resultados observables: por un lado, aquellos que asociaron el mensaje publicitario a situaciones de éxito, diversión y reconocimiento social; otros presentaron dificultades en comprender el mensaje de invitación al consumo a través de las imágenes antes mencionadas.

En gran parte de las escuelas se observó mayor participación de los varones durante el transcurso de los talleres de tabaco. Las actitudes presentadas por ellos estaban relacionadas a un discurso de “conocer todo

*sobre el tema*”. Reconocieron haber consumido alguna vez y en el último tiempo cigarrillos de tabaco, las razones del consumo respondieron a curiosidad y presión de amigos de mayor edad (hermanos mayores y amigos de éstos).

Al igual que en los talleres de alcohol los efectos de daño a largo plazo fueron los más claramente identificados, no así con los efectos a corto plazo. Al trabajar en identificar estos últimos, se observó asombro por las consecuencias del consumo. Las niñas fueron quienes más participaron en describir los efectos negativos: malestar frente al humo de tabaco, olor en la ropa, mal aliento, etc.

En la realización de los productos creativos se mostraron entusiasmados en trabajar en equipos, y en su mayoría produjeron afiches con mensajes (grafittis) de no iniciación al consumo.

### ***Talleres con Familiares***

El taller realizado con los padres y familiares de los alumnos tuvo tres momentos:

1. Presentación del proyecto
2. Ronda de preguntas acerca de la temática
3. Acciones de prevención en la familia

<b>TALLER FAMILIARES – REFERENTES</b>	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar las actitudes necesarias para transmitir en la familia conductas preventivas.</li> <li>- Identificar factores de riesgo y fortalecer factores protectores con relación a la conducta de consumo.</li> <li>- Fortalecer el rol preventivo de padres, madres y referentes familiares.</li> </ul>
<b>Presentación</b>	<p><b><u>Presentación del proyecto preventivo</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Objetivos</li> <li>▪ Metodología</li> <li>▪ Integrantes del equipo interdisciplinario</li> <li>▪ Toma del Cuestionario Co.Ri.N: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de cuestionario</li> <li>- Modalidad de administración</li> </ul> </li> <li>▪ Análisis de los datos del cuestionario</li> <li>▪ Presentación de los contenidos temáticos trabajados</li> <li>▪ Experiencia de trabajo en las aulas</li> <li>▪ Inquietudes de los alumnos</li> </ul>
<b>Ronda de preguntas</b>	Se llevó a cabo una ronda de preguntas acerca de la temática de las adicciones, clarificando las dudas presentadas por los referentes familiares.
<b>Acciones de prevención en la familia</b>	<p>Los temas trabajados principalmente fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Factores de riesgo y factores de protección a tener en consideración en la familia.</li> <li>▪ Conceptos básicos trabajados con los alumnos.</li> <li>▪ Formas de consumo.</li> <li>▪ Indicadores para detectar signos de consumo.</li> <li>▪ Importancia del uso del tiempo libre y desarrollo de actividades deportivas y recreativas.</li> </ul>

### ***Descripción de la Experiencia:***

Los talleres con familiares resultaron importantes en el desarrollo del Programa, sin embargo la participación en estos resultó escasa. Fueron pocos los padres que asistieron a los talleres en relación a la cantidad de alumnos participantes, comentando los docentes que esta situación es corriente frente a otras convocatorias realizadas desde la escuela.

Quienes participaron, centraron sus inquietudes en identificar los signos de consumo en sus hijos, no sólo de tabaco y alcohol sino de otras sustancias en especial marihuana y pegamentos.

Resaltaron las dificultades en la puesta de límites frente a las salidas y consumo de alcohol en las fiestas. Además mostraron preocupación por la venta y consumo de sustancias en sus barrios y cercanías a las escuelas.

La mayor preocupación expresada fue en cómo poner en práctica factores de protección sin restringir la libertad de sus hijos.

### ***Talleres con Docentes y Directivos***

Con docentes y directivos de cada comunidad educativa, se realizó un taller. La finalidad fue otorgar información complementaria a la trabajada con los alumnos. Se trabajaron conceptos básicos relacionados con el rol del docente y la importancia de la escuela en la prevención de adicciones.

<b>TALLER CON DOCENTES Y DIRECTIVOS</b>	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Socializar el proyecto preventivo a docentes y directivos.</li> <li>- Reforzar los contenidos básicos de adicciones.</li> <li>- Promover factores de protección dentro del aula desde la importancia del rol docente.</li> </ul>
<b>Presentación del proyecto preventivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Objetivos</li> <li>▪ Metodología</li> <li>▪ Toma del Cuestionario Co.Ri.N: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo de cuestionario</li> <li>Modalidad de administración</li> </ul> </li> <li>▪ Presentación de los contenidos temáticos a desarrollar con los alumnos.</li> </ul>
<b>Presentación del material</b>	<p>Se presentó el material de consulta, aclarando los contenidos conceptuales.</p> <p>Se clarificaron dudas con relación a los contenidos.</p> <p>Se informó de los lugares de atención de consultas: Plan provincial; SEDRONAR; Cable a Tierra.</p>
<b>Material de Trabajo</b>	<p>El material desarrolla temas conceptuales básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conceptos de droga, uso, abuso y dependencia.</li> <li>▪ Ciclo de la dependencia</li> <li>▪ Tipos de sustancias</li> <li>▪ Nicotina: conceptos, componentes, daños, factores que influyen en el inicio del tabaquismo.</li> <li>▪ Alcohol: conceptos, recorrido por el organismo, riesgos asociados al consumo, tipos de consumo.</li> <li>▪ Factores personales, familiares y sociales que influyen en el uso y abuso de sustancias psicoactivas.</li> <li>▪ Indicadores para detectar signos de consumo.</li> <li>▪ Forma adecuada de expresar a la familia y a la comunidad educativa situaciones de consumo en alumnos.</li> <li>▪ Prevención integral: su importancia.</li> </ul>

### ***Descripción de la Experiencia:***

La participación en el taller para docentes fue valiosa. Se interesaron por la temática aunque se observó escasa información en gran parte de las docentes respecto a cuáles son las drogas ilegales, sus formas de consumo y daños a corto y largo plazo en el organismo.

Se observó diferentes niveles de interés y participación. En algunas comunidades educativas hubo falta o escasa comunicación entre directivos y docentes en relación al modo de implementación del proyecto preventivo; algunas docentes no participaron de los talleres, otras en cambio se mostraron interesadas y preocupadas por la temática refiriendo tener altos niveles de consumo en los alumnos y en las familias de estos.

Se les otorgó material conceptual para clarificar posibles dudas de los alumnos o padres, luego de los talleres. Se incentivó la importancia de trabajar con los padres durante el transcurso del ciclo lectivo con el objetivo de fortalecer vínculos entre la familia y la comunidad educativa reforzando el rol fundamental del docente en el acompañamiento de los alumnos y alumnas.

Las docentes y directivos refirieron mucha preocupación por la iniciación del consumo de los alumnos a edades cada vez más tempranas y la necesidad de establecer la temática en el espacio curricular. Manifestaron malestar por las dificultades para trabajar preventivamente con las familias dada la resistencia de éstas y presentaron en la mayoría de las escuelas interés por que se continúe en años próximos con este programa preventivo.



### ***Actos de finalización***

Al finalizar cada ciclo lectivo se llevaron a cabo actos de cierre de la propuesta preventiva en la que participaron representantes de todas las escuelas que formaron parte de la capacitación, y autoridades del municipio.

Los actos se realizaron en la escuela *Mayorga*, ubicada en el distrito de Carrodilla, y *Virgen de la Carrodilla* en el distrito de Vistalba.

Cada evento contó con la presencia de representantes de las escuelas participantes: alumnos, docentes y directivos; autoridades del Municipio y miembros del equipo interdisciplinario de “Cable a Tierra”.

Se desarrollaron las siguientes actividades:

- Presentación de las autoridades.
- Presentación de las experiencias llevadas a cabo.
- Entrega de los certificados de participación para cada comunidad educativa.
- Entrega de remeras a los alumnos con la frase estampada:

***“Por un futuro mejor, un presente sin drogas”***

- Exposición de los productos creativos realizados por los alumnos.
- Juegos didácticos para los alumnos con preguntas relacionadas a los temas de los talleres, premios en cada juego.
- Proyección de audiovisuales.
- Merienda.

Estos actos se llevaron a cabo con el fin de promover la sensibilización comunitaria de esta temática en la comunidad educativa y local de modo que la misma pueda visualizar y comprender los distintos ámbitos que componen a la problemática adictiva y de esa manera empoderarse con herramientas que les permitan modificar el entorno inmediato a través de actividades comunitarias y fortalecimiento de los vínculos entre los distintos actores de la comunidad educativa y local.

## **CONCLUSIONES**

## **CONCLUSIONES**

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general *“Diseñar un Programa Preventivo Integral de hábitos para la vida en el marco de la promoción de la salud de los jóvenes del departamento de Luján de Cuyo, Mendoza. Profundizar en las opiniones y pautas de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en alumnos de séptimo año de escuelas públicas del departamento a través de la toma del cuestionario Co.Ri.N.”* (Miguez, 2006)<sup>80</sup>, compuesto por 37 preguntas y que consiste en la apertura de una ventana epidemiológica educativa, cuyo objetivo es conocer actitudes, valores y creencias, además de obtener datos estadísticos acerca de la prevalencia del abuso en el consumo de las sustancias antes mencionadas.

En el análisis de los resultados de los 614 cuestionarios se observa que el consumo declarado en la población con la que se trabajó, el 55% de los alumnos han probado alguna vez bebidas alcohólicas y/o tabaco. El 83% refirió que alguna vez le ofrecieron drogas ilegales, y un 18% afirmó que en su grupo de amigos consumen algún tipo de sustancias.

Casi el 27% de los alumnos han consumido alcohol en los últimos 12 meses anteriores a la toma del cuestionario; las bebidas que identificaron consumir con mayor frecuencia son: cerveza, vino y bebidas destiladas mezcladas con gaseosas o jugos.

En relación a la iniciación de consumo y género, ésta no es significativa, sin embargo, durante el desarrollo de los talleres, los varones expresaron con mayor frecuencia historias anteriores de consumo.

---

<sup>80</sup> Miguez, H. (2006). *Sonda epidemiológica sobre Conductas de riesgo en niños*. (Co.Ri.N). Bs. As: CEL. Disponible en: [http:// www.sada.gba.gov.ar](http://www.sada.gba.gov.ar)

La edad de inicio en el consumo de tabaco y alcohol se ubica en los 12 años y según los relatos de padres y docentes, la edad de inicio en el consumo de marihuana e inhalantes es cada vez menor.

En cuanto al conocimiento de drogas ilegales por parte de los alumnos, las que identifican como conocidas son la marihuana, cocaína e inhalantes. Una minoría refirió haber visto en alguna oportunidad estimulantes como el éxtasis o paco.

El 80% de los alumnos manifestó resistencia hacia los jóvenes que consumen abusivamente alcohol; se observó un alto respaldo familiar, mayoritariamente sienten sostén y comprensión en sus referentes familiares: madre, padre, abuelos.

Las expectativas de futuro hacen referencia a obtener un buen trabajo, y/o estudio como modo de evitar situaciones de riesgo en el barrio. Asociaron no tener una actividad definida, con el mayor riesgo a aceptar la oferta de drogas.

Durante el desarrollo de los talleres se observó que el inicio en el consumo (en especial de alcohol) no está asociado a la desinformación; en algunos grupos se manifestó la resistencia a considerar que el alcohol es una droga y que posee consecuencias negativas a corto plazo.

Las causas del consumo de drogas, fueron asociadas a la diversión y experimentación; otros grupos refirieron que a la presión de los pares, y una minoría identificó que éste se debe a problemas personales.

Coincidiendo con Becoña Iglesias (2006), gran parte de los adolescentes no ven los problemas que pueden causar las distintas drogas o las conductas de riesgo que realizan a corto plazo; ven que esos son problemas muy lejanos.

En los relatos de los alumnos durante el desarrollo de los talleres, se señaló un incremento al acceso de psicofármacos mezclados con jugos (llamada esta mezcla: “*jarra loca*”) utilizada en fiestas realizadas preferentemente en casas particulares.

La intención de los talleres con alumnos tuvo como objetivo profundizar en las opiniones y pautas de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, a fin de conocer causas y consecuencias del abuso de sustancias psicoactivas. Estimulando un espacio reflexivo y crítico sobre los mensajes publicitarios y los riesgos asociados al abuso de alcohol y tabaco con el fin de favorecer la no iniciación en el consumo e implementación de estrategias de hábitos saludables.

Durante el transcurso de los talleres los alumnos se mostraron interesados en la temática y altamente participativos en los relatos personales. Algunos grupos mostraron mayor resistencia a participar en presencia de sus docentes; sin embargo se respetó la decisión de cada institución en que las docentes participaran o no de los talleres para alumnos.

Se priorizó la importancia de la familia y de los pares en esta etapa del desarrollo, considerando que la familia es uno de los agentes preventivos más importantes; por esta razón, se realizaron talleres para familiares en los que la participación en los mismos fue fundamental para fortalecer las estrategias de promoción y prevención en la no iniciación del consumo de sustancias psicoactivas, principalmente tabaco y alcohol.

En los encuentros con familiares se observó un factor común: la escasa asistencia de éstos a los talleres. Aquellos que asistieron fueron en su mayoría madres y/o abuelas de los alumnos.

El principal interés de los familiares fue conocer signos de consumo en sus hijos, y la forma de ejercer cierto control ante el riesgo que implica la venta de sustancias en sus barrios (estrategias preventivas comunitarias).

Se profundizó en la identificación de los factores de riesgo y fortalecimiento de los factores protectores con relación al consumo dentro del hogar. Se destacó la importancia del fortalecimiento de los vínculos hacia el interior de la familia y los estilos adecuados de comunicación y puesta de límites.

Se puede afirmar que se observó un alto interés por la temática y en ciertos grupos de padres, escasa información respecto a los indicadores de consumo y ciertas drogas que están presentes y al alcance de sus hijos.

La participación en los talleres para docentes como tercer componente del proyecto, fue fructífero. Se observó interés por la temática y escasa información en gran parte de las docentes respecto a cuáles son las drogas ilegales y cuáles son sus formas de consumo y daños a corto y largo plazo en el organismo.

Se observó diferentes niveles de interés y participación. En algunas comunidades educativas hubo falta o escasa comunicación entre directivos y docentes en relación al modo de implementación del proyecto preventivo; algunas docentes no participaron de los talleres, otras en cambio se mostraron interesadas y preocupadas por la temática refiriendo tener altos niveles de consumo en los alumnos y en las familias de estos.

En los talleres con docentes se les otorgó material con conceptos básicos para poder clarificar posibles dudas de los alumnos o padres, y se motivó la importancia de trabajar con los padres a fin de fortalecer vínculos entre la familia y la comunidad educativa reforzando el rol fundamental del docente en el acompañamiento de los alumnos y alumnas.

Dado que *prevenir* es educar, potenciar el desarrollo integral de la persona, fomentar la adquisición y desarrollo de valores, actitudes, conocimientos y competencias para afrontar y resolver situaciones que ponen en riesgo su desarrollo<sup>81</sup> se llevó a cabo la implementación de este programa preventivo. El ámbito educativo fue elegido ya que se entiende que es un espacio donde se promueven estilos de vida saludables, desarrollo de habilidades y recursos personales que refuercen a los alumnos y los hagan menos vulnerables frente a las presiones del medio para estimular el consumo de drogas y más responsables frente a sus proyectos y su entorno (SEDRONAR; 2006)<sup>82</sup>

La intención del Programa, en el marco de las propuestas de la OMS (2001) en prestación de servicios en salud mental, fue poner en marcha las competencias psicosociales de los alumnos mediante las aptitudes para la vida y empoderamiento para la toma de decisiones más saludables en relación con el consumo de sustancias.

En relación al trabajo realizado surge la propuesta de llevar a cabo un nuevo Programa preventivo Integral entendiendo por éste: un modelo cuyo enfoque sea incentivar procesos de construcción cultural alternativa propicios al afianzamiento de actitudes que favorezcan el protagonismo social, el desarrollo personal y grupal, la amistad, la solidaridad, el diálogo y la convivencia, en búsqueda de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y otros problemas socialmente relevantes” (OPS; 2010)<sup>83</sup>

Un programa que genere refuerzo en las competencias personales de los alumnos, entendiendo la prevención del consumo de sustancias psicoactivas como parte del mismo con espacios de discusión entre pares y construcción de

---

<sup>81</sup> SEDRONAR (2006) Programa *Quiero ser* (p.4) [versión digital]. Bs. As.

<sup>82</sup> SEDRONAR *Op. cit*

<sup>83</sup> OPS (2010) Disponible en: [www.col.ops-oms.org/prevencion/default.asp](http://www.col.ops-oms.org/prevencion/default.asp)



soluciones de problemas y toma de decisiones. Que favorezca la participación de familiares y docentes para que la construcción del entendimiento de la problemática y de sus posibles soluciones sea integral.

Un programa que incluya entre sus ejes temáticos el entrenamiento en habilidades cognitivo – conductuales para manejar las influencias sociales para aumentar el auto concepto y auto eficacia, responder asertivamente a situaciones generadores de ansiedad fortaleciendo de forma efectiva la comunicación en pares y adultos, y las relaciones interpersonales.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Ander-Egg, E. (2008). *Léxico del animador sociocultural*. Córdoba: Brujas editorial.
- Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. [versión electrónica]. Madrid: Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Bravo Ortiz, M. (2008). Grupos psicofarmacológicos. En: *Psicofarmacología para psicólogos*. Madrid: Síntesis ed.
- Calvete, E. y Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes. *Hablemos*, 25, 20-26
- Colomer Revuelta, C. y otros. (2001) Promoción de la salud: concepto, estrategias y métodos. En: Colomer Revuelta y Álvarez: *Bases conceptuales*. Barcelona: MASSON S.A.
- DSM IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: MASSON S.A.
- Equipo interdisciplinario de capacitación Provincial de Adicciones. (2009). *Contenidos básicos sobre adicciones*. Mendoza: Ministerio de Salud.
- Equipo interdisciplinario de capacitación Provincial de Adicciones. (2009). *Cuando el alcoholismo es un problema*. Mendoza: Ministerio de Salud.
- Equipo interdisciplinario de "Cable a Tierra". (2001). *Manual para el operador terapéutico en adicciones*. Mendoza: Canto Rodado.
- Eroles, C. (coord.) (2005). *Glosario de temas fundamentales de Trabajo Social*. Bs. As.: Espacio.

- Estevan, A. y Baravalle, I. (2009, octubre). *Programa educativo preventivo “Aprendiendo a crecer” y “Aprendiendo a recorrer caminos” desde nivel inicial hasta sexto año y desde tercer ciclo a tercer año de polimodal*. Disertación presentada en el VII Congreso de Prevención y Asistencia de la Drogodependencia Internacional. Córdoba, Argentina.
- Guajardo, H.; Kushner, D. (2006). *Manual terapéutico para la rehabilitación de los trastornos adictivos*. Bs.As.: AKADIA.
- Hernández Sampieri, R. Collado, C y Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Editorial Mc. Graw Hill.
- Jiménez Polti, P. y Urrutia Cáceres, M. (2006) *Sin drogas... más libres*. Santiago de Chile, Ministerio de Salud y Educación.
- Jurin, F. (2009). *Co-construcción de objetivos psicoterapéuticos*. Tesis de grado para la obtención del título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Karlem, H. (2002). *La adolescencia*. [Documento no publicado] Mendoza: Universidad del Aconcagua.
- Mosso, L. y Penjerek, M. (2007). El adolescente frente a las adicciones. En: L, Mosso y otro: *Adolescencia y salud*. Bs. As.: MAIPUE
- Mosso, L. y Penjerek, M. (2008). *Yo me cuido ¿sol@? Salud y prevención en la adolescencia*. Bs. As: MAIPUE
- Pérez, R. (2004). *Conceptos básicos y temas fundamentales de la psicología comunitaria*. [Documento no publicado] Mendoza: Universidad del Aconcagua.
- Real Academia Española. (2006). *Diccionario de la lengua española* (22° edición, tomo II). Bs. As.: Planeta SAIC.

- Salazar, J. (2007). Hacia una nueva prevención escolar en drogodependencias. *Cambiando, setiembre*, 10-13.
- Sarkissian, A. (2009). Los aspectos psicológicos. *Hablemos*, 25, 27-28.
- SEDRONAR. (2006). *Programa Quiero Ser*. [versión electrónica]. Programa de Prevención de Adicciones para el ámbito escolar. Bs.As.
- Tabarés, H. (2007). Sobre algunos modelos socioculturales que interpretan la multicausalidad de la actual situación de consumo de sustancias. En: H, Tabarés *Consumidores y drogas*. Bs. As.: GABAS
- Vezzoni, M. (2002). *Autoeficacia y conducta adictiva*. Tesis de grado para la obtención del título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Vallejo Ruiloba, J. (1997). Otras drogodependencias. En: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. (4° edición, pp. 678-696). Barcelona: MASSON
- Vallejo Ruiloba, J. (1997). Alcoholismo. En: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. (4° edición, pp. 649-650). Barcelona: MASSON
- Videla, M. (1991/1998). *Prevención, intervención psicológica en salud comunitaria*. (pp. 20-28; 119-120; 149; 159). Bs. As.: CINCO.

### **Páginas Web visitadas (documentos en línea)**

Castro, M. y Llanes, J. (2005). Prevención escolar de los riesgos psicosociales. *Revista LiberAddictus*. Consultada el 22 de octubre de 2009. Disponible en: <http://www.infoadicciones.net>

Fernández, S.; Nebot, M. y Jané, M. (2002). Evaluación de la efectividad de los programa escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿qué nos dicen los meta - análisis?. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 3. Consultada el 04 de setiembre de 2009 en: <http://www.scielo.org/scielo.php>

Glosario de salud. Disponible en: <http://www.who.cl/hep>

Medina Mora, M. (2002). La prevención de las adicciones en jóvenes. En A. Nateras Domínguez (coord.). *Jóvenes, culturas e identidades urbanas*. México. (pp. 303-326). Consultada el 20 de octubre de 2009 en: <http://www.infoadicciones.net>

Miguez, H. (2006). *Sonda epidemiológica sobre Conductas de riesgo en niños*. (Co.Ri.N). Buenos Aires: disponible en [http:// www.sada.qba.gov.ar](http://www.sada.qba.gov.ar)

Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int>

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Disponible en: [http://www.promocionsalud.gov.mx/dgps/.../promocion/2 carta de ottawa.pdf](http://www.promocionsalud.gov.mx/dgps/.../promocion/2_carta_de_ottawa.pdf)

Organización Panamericana de Salud. Disponible en: <http://new.paho.org>

Sabino, C. (2006). *Cómo hacer una tesis y elaborar todo tipo de estudio*. Bs. As.: Ediciones Ampliada.

## **ANEXOS**

**ANEXO I**  
**Presentación Institucional de “Cable a Tierra”**

“CABLE A TIERRA”

Forma legal: Cooperativa de Trabajo Limitada

San Martín 6919. (C.P. 5507). Carrodilla, Luján de Cuyo. Mendoza.

TEL: (0261) 4965523

Cayetano Silva 2690. (C.P. 5500). Ciudad, Mendoza.

TEL: (0261) 4298894

E-mail: [cooperativa@cableatierra.org.ar](mailto:cooperativa@cableatierra.org.ar)

Web: [www.cableatierra.org.ar](http://www.cableatierra.org.ar)

**OBJETIVOS INSTITUCIONALES**

1. Prevención y Promoción de Salud mental
2. Investigación y Publicaciones
3. Capacitación
4. Tratamiento integral de adicciones

Para el desarrollo de los objetivos, la institución cuenta con un Equipo Interdisciplinario conformado por profesionales y estudiantes avanzados de las diferentes áreas de la Salud Mental.

**PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL**

*Objetivos:*

- Potenciar los factores de protección y disminuir factores de riesgo para el consumo de drogas.
- Modificar las condiciones del entorno socio cultural y proporcionar alternativas de vida saludable.
- Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
- Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.



## **INVESTIGACIÓN Y PUBLICACIONES**

- Trabajos de Investigación sobre prevalencia, consumo, factores de protección y de riesgo de sustancias psicoactivas.
- Publicación del “Manual de Operadores Terapéuticos en Adicciones”. Ediciones del Canto Rodado. Mendoza. 2001.

## **CAPACITACIÓN**

- Cursos y Jornadas para docentes.
- Capacitación de Promotores Comunitarios.
- Capacitación del personal de Programas Sociales Municipales.
- Cursos de Operadores Terapéuticos en Adicciones.

## **PROGRAMAS DE TRATAMIENTO INTEGRAL**

### **I. PROGRAMA DE TRATAMIENTO INICIAL**

#### *Objetivos:*

- Analizar la demanda y retener al paciente en tratamiento.
- Conocer las áreas donde es necesario e inmediato realizar cambios.
- Conocer las áreas donde hay que realizar cambios a mediano plazo.
- Planificación de los cambios y Estrategias a realizar a través del tratamiento.

#### *Se tiene en cuenta:*

Motivación para el cambio, Estadíos de cambio, Recursos disponibles, Red social de contención, Tratamientos previos, Información de los tratamientos disponibles, Tratamiento que se considera que necesita, Conocer quién está implicado en la demanda, por qué, etc.

#### *Abordaje Técnico:*

Evaluación y análisis funcional: Entrevista Motivacional, Escalas para evaluar aspectos motivacionales y estadios de cambio. Informes. Establecimiento de indicadores

personales y familiares de cambio. Evaluación psiquiátrica, Entrevista clínica, Entrevista Social, Psicodiagnóstico, Abordaje familiar.

## **II. PROGRAMA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO**

Diferenciado para adultos y adolescentes, y según el objeto que determina la problemática adictiva:

- Programa para alcoholismo.
- Programa para jugadores compulsivos.
- Programa para drogodependientes.

*Se tiene en cuenta:*

Autocontrol, Auto eficacia, Autonomía; Red social cercana comprometida con el tratamiento; Sosténimiento de actividades cotidianas: laborales, educativas, recreativas.

*Abordaje Técnico:*

Psicoterapia, Control psiquiátrico, Seguimiento social, Control clínico y nutricional según cada caso. Grupos de Habilidades psicosociales. Grupos de Prevención de Recaídas Grupo de Familiares.

## **III. PROGRAMA DE INTERNACIÓN**

La internación se plantea como una herramienta más en el tratamiento, lo que implica que se realizarán diferentes modalidades de intervención. Se incluye la internación en el diseño de un programa terapéutico, cuando el equipo, junto con el consultante, evalúe que la intervención generará cambios significativos a nivel individual y/o familiar.

Se especifica según la necesidad identificada en el consultante y su grupo familiar.

## **IV. a - PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN**

- Evaluación psiquiátrica de la necesidad de un proceso de desintoxicación.

- Detección y deshabitación psicológica a los indicios que conducen al sujeto al consumo de droga o realización de conductas adictivas.

*Se tiene en cuenta:*

Modalidad de consumo, adherencia al tratamiento.

*Abordaje técnico:*

- Técnicas conductuales y cognitivas para la consecución de la abstinencia (control de estímulos, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en reducción del estrés, relajación, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de afrontamiento, reestructuración cognitiva, etc.).
- Terapia individual, grupal y familiar.

#### **IV. b - PROGRAMA DE INTERNACIÓN BREVE (1 a 3 meses)**

#### **IV. c - PROGRAMA DE INTERNACIÓN PROLONGADA (más de 3 meses)**

*Abordaje Técnico:*

- Residencia permanente.
- Tratamiento terapéutico individual, grupal y familiar.
- Educación física.
- Tai Chi.
- Seminarios socioeducativos, Jornadas terapéuticas intensivas (con y sin la familia), Salidas recreativas.
- Actividades artísticas: teatro, plástica, cine formativo.
- Asesoramiento nutricional.
- Evaluación interdisciplinaria continua del proceso terapéutico.

## **V. PROGRAMA DE RESTABLECIMIENTO DE VÍNCULOS SOCIALES**

### *Abordaje Técnico:*

- Grupo de desarrollo de habilidades integrales: Asertividad, Resolución de conflictos.
- Espacios de planificación y evaluación de proyectos.
- Terapia ocupacional, Programa psicoeducativo.
- Espacios individuales de orientación sociofamiliar.
- Conformación y restablecimiento de redes.
- Terapia individual y seguimiento psiquiátrico.
- Según se requiera: Acompañamiento terapéutico.

## **VI. PROGRAMA DE SEGUIMIENTO**

### *Objetivos:*

- Sistematizar el seguimiento individual y familiar luego del alta.
- Establecer y evaluar los resultados finales del proceso terapéutico.
- Acompañar y orientar al sujeto y su familia en relación a situaciones que pudieran presentarse luego de finalizado el tratamiento.
- Detectar la necesidad de derivación del sujeto y/o su familia a otro tipo de intervención terapéutica.

### *Abordaje técnico:*

Entrevistas domiciliarias y/o en la institución, de evaluación, orientación y acompañamiento general.

El presente programa se llevará a cabo durante 6 meses.

**ANEXO II**

**CUESTIONARIO CORIN**









### **ANEXO III**

**Tabla de resultados del cuestionario Co.Ri.N de 614 alumnos.**

<b>CUESTIONARIO Co.Ri.N</b>
-----------------------------

**Tabla n°1. Sexo de los encuestados**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Masculino	313	51%
Femenino	301	49%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n°2. Edades de los encuestados**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
11	13	2,10%
12	336	54,80%
13	202	32,90%
14	63	10,20%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 3. Situación Educativa**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí estudia	614	100%
No estudia	0	0%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n°4. Actividades durante los últimos 12 meses**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Fuiste a la escuela	555	90,40%
Fuiste a la escuela y trabajabas	53	8,63%
Dejaste la escuela para trabajar	3	0,48%
Abandonaste la escuela y no hiciste nada	1	0,17%
Sin respuesta	2	0,32%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 5. Si en una fiesta de chicos de tu edad se sirve cerveza: consideras que en la fiesta...**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Puede haber problemas	534	86,97%
Puede ser más divertida	40	6,51%
No pasa nada	33	5,37%
Sin respuesta	7	1,15%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 6. ¿Qué pensás de los chicos/as que se emborrachan?**

	Totales absolutos	Porcentaje
No me gustan	294	47,88%
No me caen bien	132	21,50%
Me dan bronca	68	11,07%
Me caen bien	17	2,76%
Creo que son divertidos	14	2,28%
Nada	87	14,16%
Sin respuesta	2	0,35%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 7. ¿Qué pensás de los chicos que nunca toman bebidas alcohólicas?**

	Totales absolutos	Porcentaje
Me caen bien	440	71,66%
Creo que son divertidos	65	10,58%
No me gustan	18	2,93%
Me dan bronca	4	0,65%
No me interesan	14	2,30%
Nada	73	11,88%
Sin respuesta	0	0%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 8. ¿Qué pensás de los chicos que toman poco y no se emborrachan?**

	Totales absolutos	Porcentaje
Me caen bien	176	28,66%
Creo que son divertidos	63	10,26%
No me gustan	138	22,47%
Me dan bronca	15	2,44%
No me interesan	102	16,61%
Nada	118	19,21%
Sin respuesta	2	0,35%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 9. ¿Qué debe hacer un chico que no toma cerveza si se la ofrecen?**

	Totales absolutos	Porcentaje
Tratar de convencerlos para que no tomen	210	34,20%
Decir que no y quedarse	110	17,91%
Decir que no e irse	204	33,22%
Agarrar el vaso pero no tomar	55	8,95%
Irse	15	2,44%
Sin respuesta	20	3,25%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 10. Si en una fiesta familiar un adulto se emborracha: ¿Cuál crees que sería la reacción de la familia?**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Le daría vergüenza	367	59,77%
Les daría bronca	82	13,35%
No le prestarían atención	51	8,30%
Les daría risa	16	2,60%
No se que harían	97	15,79%
Sin respuesta	1	0,16%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 11. ¿Qué debe hacer un chico que no consume drogas si lo invitan a fumar marihuana?**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Decir que no e irse	539	87,80%
Decir que no y seguir con ellos	59	9,60%
Aceptar y fumar para que no se enojen o burlen	4	0,65%
Aceptar y fumar sin preocuparse	4	0,65%
Sin respuesta	8	1,30%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 12. ¿Qué harías si te invitan a una fiesta y sabes que han comprado cigarrillos de marihuana?**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
No ir a la fiesta y volver a tu casa	378	61,56%
Ir a la fiesta y tratar de pasarla bien	88	14,33%
Ir a la fiesta y ver que hacen tus amigos cercanos	8	1,30%
Ir a la fiesta y no aceptar aunque seas el único	129	21%
Sin respuesta	11	1,81%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 13. Tus compañeros han descubierto que uno del grupo está consumiendo drogas: ¿Qué deberían hacer?**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Apartarse de El	107	17,42%
Hablarlo para convencerlo de que no lo haga	365	59,44%
Hablar con los compañeros mayores	3	0,51%
Buscar ayuda en un maestro	58	9,44%
Hablar con los propios padres	70	11,40%
Sin respuesta	11	1,79%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 14. ¿Cómo ayudarías a tu mamá que se quedó muy nerviosa después del asalto<sup>84</sup>?**

	Totales absolutos	Porcentaje
Llamando a un familiar	294	47,88%
Acompañarla al médico	132	21,49%
Cuidado a los hermanos mientras se calma	138	22,47%
Prendiendo la TV para distraerla	18	2,93%
Consiguiendo pastillas para los nervios	20	3,25%
Sin respuesta	12	1,98%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 15. ¿Vos sentís que tu familia te apoya cuando estás en problemas?**

	Totales absolutos	Porcentaje
Siempre	489	79,64%
Casi siempre	56	9,13%
A veces	55	8,95%
Nunca	7	1,14%
Sin respuesta	7	1,14%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 16. Cuando te va mal en la escuela: ¿Tu familia se enoja?**

	Totales absolutos	Porcentaje
Siempre	109	17,75%
Casi siempre	75	12,21%
A veces	330	53,74%
Nunca	90	14,68%
Sin respuesta	10	1,62%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 17. Cuando tenés un problema importante: ¿con quién hablas primero?**

	Totales absolutos	Porcentaje
Con nadie	42	6,87%
Con mi papá	104	16,93%
Con mi mamá	284	46,25%
Con mi abuelo/a	21	3,42%
Con otros miembros de mi familia	43	7,00%
Con mis amigos	95	15,47%
Con un maestro	8	1,30%
Con un sacerdote	9	1,46%
Sin respuesta	8	1,30%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

<sup>84</sup> No se quiso modificar la pregunta original, pero se les explicó a los alumnos las variantes de la palabra “asalto”: situación conflictiva, robo, choque, etc.

**Tabla n° 18. ¿Qué significa para vos tener éxito?**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Hacer lo que uno desea	202	32,89%
Ganar mucho dinero	23	3,74%
Ser famoso	44	7,20%
Tener un buen trabajo	235	38,27%
No se	100	16,28%
Sin respuesta	10	1,62%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 19. ¿Tomaste alguna vez bebida alcohólica?**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	252	41,04%
No	353	57,50%
Sin respuesta	9	1,46%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 20. ¿Tomaste alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses?**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	164	26,71%
No	439	71,50%
Sin respuesta	11	1,79%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 21. En caso de que hayas respondido afirmativamente la pregunta anterior: ¿En que lugar lo hiciste?**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Con amigo/as en una fiesta	85	37,44%
En tu casa	104	45,81%
Con amigos en otros lugares	30	13,21%
Estando solo y fuera de tu casa	8	3,54%
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 22. ¿Tomaste alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días?**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	76	12,37%
No	520	84,69%
Sin respuesta	18	2,94%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 23. En caso de que hayas respondido afirmativamente la pregunta anterior: ¿En qué lugar lo hiciste?**

	Totales absolutos	Porcentaje
Con mis amigos en una fiesta	43	34,13%
En mi casa	56	44,44%
Con amigos en otros lugares	22	17,46%
Estando solo y fuera de tu casa	5	3,97%
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 24. ¿Alguna vez fumaste cigarrillos de tabaco?**

	Totales absolutos	Porcentaje
Si	86	14,00%
No	515	83,87%
Sin respuesta	13	2,13%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 25. ¿Alguna vez fumaste cigarrillos de tabaco en los últimos 12 meses?**

	Totales absolutos	Porcentaje
Si	41	6,67%
No	557	90,71%
Sin respuesta	16	2,62%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**26. ¿Alguna vez fumaste cigarrillos de tabaco en los últimos 30 días?**

	Totales absolutos	Porcentaje
Si	22	3,58%
No	571	93,00%
Sin respuesta	21	3,42%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 27. ¿Alguna vez alguien te ofreció alguna droga?**

	Totales absolutos	Porcentaje
Si	85	13,84%
No	513	83,55%
Sin respuesta	16	2,60%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 28. Si tu respuesta fue afirmativa: ¿Qué tipo de drogas te ofrecieron?**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Marihuana	50	52,63%
Inhalantes	5	5,26%
Pastillas	15	15,78%
Cocaína	9	9,49%
Marihuana y cocaína	8	8,42%
Marihuana, cocaína e inhalantes	8	8,42%
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 29. ¿Probaste en esa u otra oportunidad alguna de las drogas mencionadas en la pregunta anterior?**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	14	2,28%
No	572	93,15%
Sin respuesta	28	4,57%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 30. De las mencionadas: ¿Qué drogas probaste?**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Marihuana	5	38,46%
Inhalantes	2	15,38%
Pastillas	3	23,09%
Cocaína	1	7,69%
Marihuana y cocaína	0	0%
Marihuana, cocaína e inhalantes	2	15,38%
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 31. ¿Volviste a probar alguna de ellas en los últimos 12 meses?**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	12	1,95%
No	560	91,20%
Sin respuesta	42	6,85%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 32. Si volviste a probar en los últimos 12 meses: ¿Con qué drogas lo hiciste?**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Marihuana	4	40%
Inhalantes	3	30%
Pastillas	3	30%
Cocaína	0	0%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 33. ¿Volviste a probar alguna de ellas en los últimos 30 días?**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	13	2,11%
No	549	89,41%
Sin respuesta	52	8,48%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 34. Si volviste a probar en los últimos 30 días: ¿Con qué drogas lo hiciste?**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Marihuana	3	37,50%
Inhalantes	1	12,50%
Pastillas	4	50%
Cocaína	0	0%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 35. ¿En este año, tuviste un amigo o compañero que haya probado alguna droga?**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	181	29,47
No	413	67,26
Sin respuesta	20	3,27
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 36. ¿En el grupo de tus amigos alguno/s consumen drogas?**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	116	18,89
No	479	78,01
Sin respuesta	19	3,10
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100%</b>

**Tabla n° 37. ¿Cuál es la droga que se consume con más frecuencia entre el grupo de tus amigos?**

	<b>Totales absolutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Marihuana	67	37,43%
Inhalantes	4	2,23%
Pastillas	17	9,50%
Marihuana + Pastillas	21	11,73%
Inhalantes + Pastillas	2	1,11%
Cocaína	17	9,50%
Otros	51	28,50%
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>